

L'ODONTOLOGIE

49e Année. Vol. LXVII | N° 1 | JANVIER 1929

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
ET DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

DIRIGÉ DE 1881 A 1896, PAR PAUL DUBOIS
ET DE 1896 A 1923, PAR CHARLES GODON

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE - PARIS (IXe)

49e ANNÉE. N° 1 30 JANVIER 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ACIERS INOXYDABLES

Par le Dr Ch. BENNEJEANT

Chirurgien-dentiste, Licencié ès sciences.

616,314 : 669

L'étude systématique du fer et de ses alliages [1] a permis de créer des aciers spécialisés dans leur emploi suivant les propriétés observées :

Aciers à très faible dilatation (nickel) ;

Aciers rapides ne se détrempant pas au rouge (chrome-tungstene, chrome-tungstene-vanadium) ;

Aciers inoxydables à résistance chimique supérieure (aciers au chrome, fer-nickel-chrome).

C'est à des ingénieurs de la Marine que nous devons les premières recherches sur l'inoxydabilité de certains aciers, ceux-ci offrant une réelle importance pour la durée des coques métalliques de navires dans l'eau de mer, notamment pour celles des sous-marins où l'équipement électrique favorise les corrosions (Abraham, *Mémorial du Génie Maritime* 1897, 5 liv. Aciers au nickel et au nickel-chrome). La création de ces aciers est même antérieure à cette date et l'honneur en revient aux Aciéries Jacob Holtzer qui, dès 1851, en commencèrent la fabrication.

LEUR CONSTITUTION : L'adjonction de nickel aux aciers ordinaires provoque un abaissement des points de transformation du fer. Elle agit dans le même sens que la trempe, si bien qu'arrivés à une certaine teneur ces aciers ont la constitution des aciers trempés ordinaires. L'adjonction de chrome modifie également ces points. Suivant les teneurs en nickel, en chrome ou en carbone on a *trois*

1. Relire Chap. I, 2e partie, Métallurgie appliquée. Bibliothèque du chirurgien-dentiste.

catégories d'alliages dans les conditions ordinaires de refroidissement (fig. 1, 2 et 3).

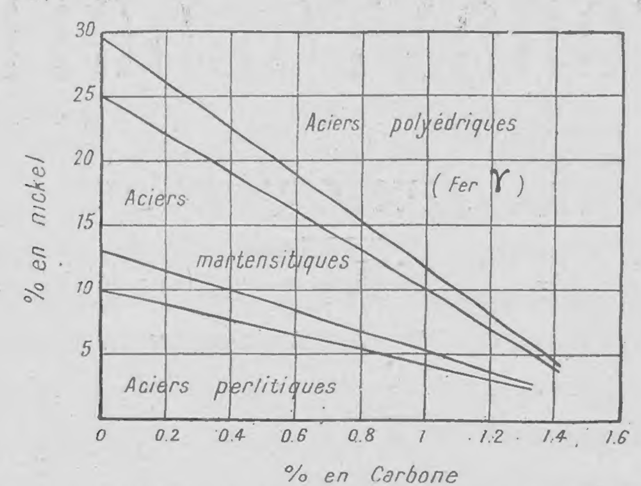


Fig. 1. Diagramme des aciers au nickel (d'après Guillet).

1° Des *aciers perlitiques* (perlite = eutectique de fer pur : ferrite et cémentite $Fe^3 C$), qui ont la même constitution que les aciers ordinaires et comme eux susceptibles de trempe ($Fe^3 C$ n'ayant pas le temps de se séparer reste dissous dans le fer = martensite) ;

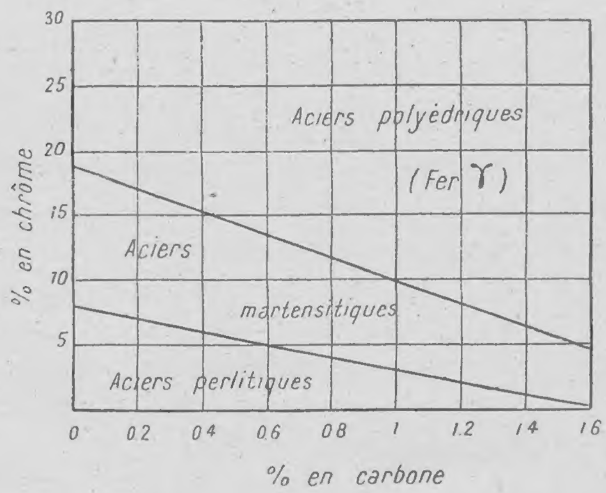


Fig. 2. Diagramme des aciers au chrome (d'après Brearley).

2° Des *aciers martensitiques* ayant dans les conditions ordinaires de refroidissement la structure des aciers trempés, par conséquent, non susceptibles de trempe et de travail impossible. Toutefois, par un refroidissement excessivement lent, ces aciers prennent la structure perlitique et leur travail devient possible. Chauffés à nouveau, ils trempent par simple refroidissement à l'air. On les dit *autotrempants* ;

3° Des aciers polyédriques, c'est-à-dire des alliages dont la structure est analogue à celle du nickel et du chrome qui cristallisent en polyèdres. Ils sont formés de fer γ ayant en dissolution le nickel ou le chrome ou les deux. Ces alliages ne peuvent plus se tremper.

Le carbone se combine également au chrome pour donner un carbure de chrome, mais celui-ci, se séparant de la solution fer-nickel-chrome, rend l'alliage hétérogène et fragile. C'est pour cette raison qu'on réduit très fortement la teneur en carbone dans cette catégorie d'alliages.

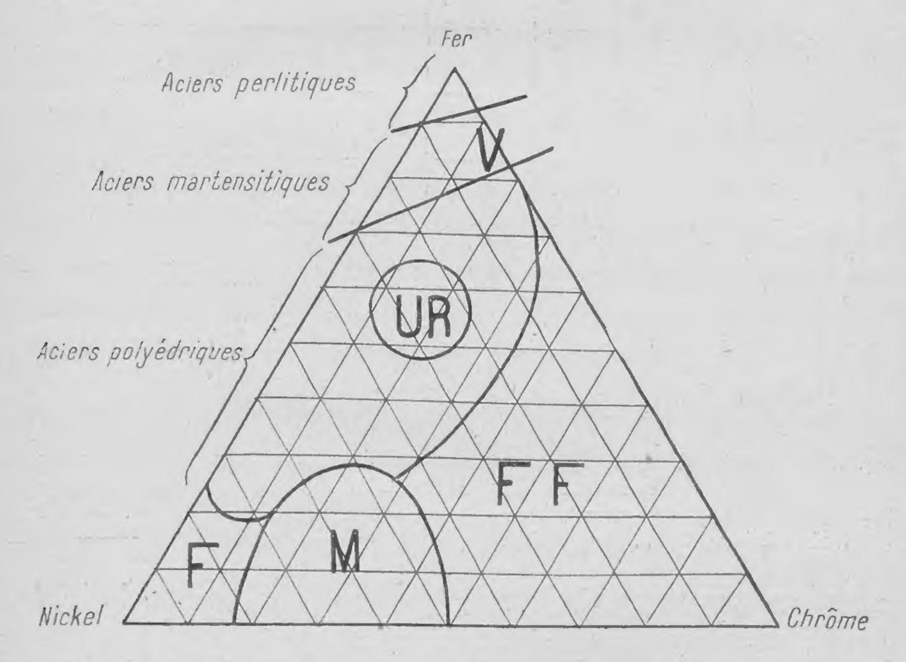


Fig. 3. Diagramme des alliages fer-nickel-chrome avec une faible teneur en carbone.
Zone V alliages autotrempants (Véga).
Zone F alliages très fragiles par grossissement des polyèdres.
Zone M alliages travaillables résistants à la chaleur et aux acides.
Zone FF alliages durs, très fragiles, de températures de fusion relativement peu élevées, mais difficiles à couler.
Zone UR alliages travaillables à résistance chimique supérieure (Uranus, Wipla).

Leur résistance chimique : La bonne résistance chimique est liée à l'apparition dans la structure de l'alliage du *fer γ ayant en dissolution le nickel ou le chrome ou les deux.* Dans les milieux neutres et acides, la présence du nickel exerce une action protectrice à partir de 3 % et elle est d'autant plus intense que son pourcentage est plus élevé. Les aciers au chrome sont plus résistants que les aciers au nickel (*Brearley Iron and steel Institute,* 1913). Une

certaine teneur 8 % paraît nécessaire. L'optimum correspond à 13 % de chrome.

Dans les aciers nickel-chrome, l'accroissement en nickel conduit à des aciers très peu solubles dans l'acide sulfurique. Il ne semble pas que les effets protecteurs du nickel et du chrome se cumulent, aussi

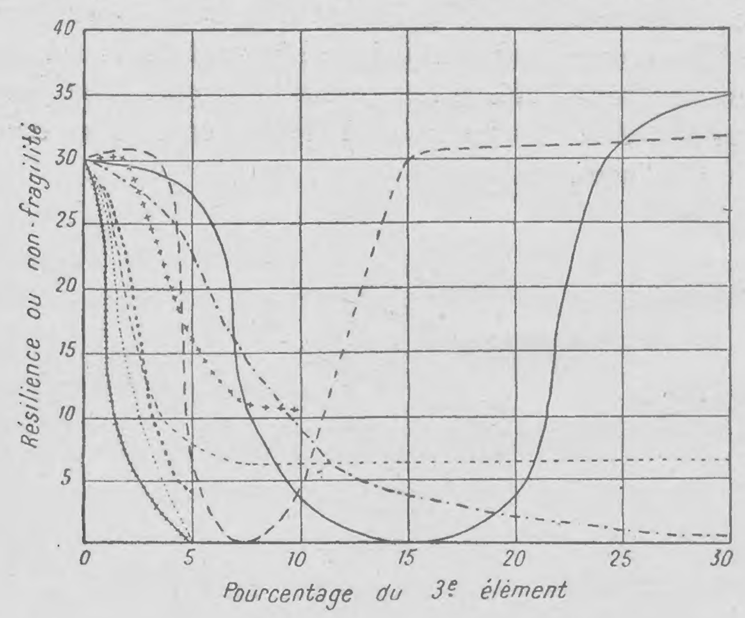


Fig. 4. Influence des différents éléments sur la résistance au choc des aciers à 0,200 de carbone (d'après Guillet).
++++ silicium, - - - - - tungstène, — — — — manganèse, — . — . — chrome, ... aluminium, ... molybdène, + + + + + + vanadium, ——— nickel.

une certaine teneur en chrome (8 %) est-elle indispensable (*Friend West et Bentley, Iron and Steel Institute* 1913).

La teneur en carbone n'a aucun effet sur la résistance chimique.

Des généralités qui précèdent on peut déduire logiquement les deux catégories d'aciers inoxydables qui sont entrées dans l'usage courant. La teneur minima 8 % de chrome élimine les aciers perlitiques. On a :

1° Des aciers martensitiques autotrempants dont le type le plus parfait est l'acier au chrome 13 %. Les aciers Stainless et les aciers Véga de Holtzer sont les plus répandus. La trempe seule les rend inoxydables, puisqu'elle fait apparaître la solution de nickel ou de chrome ou des deux dans le fer γ (Zone V de la fig. 3).

2° Des aciers polyédriques à très faible teneur en carbone, à teneur supérieure à 8 % en chrome, mais n'excédant pas 16 %, à

teneur en nickel et en fer variables suivant l'usage auquel on destine ces alliages. Le métal Wipla des aciéries Krupp, les aciers Uranus de la maison Holtzer appartiennent à cette catégorie (Zone UR de la fig. 3).

Ils ne sont pas susceptibles de trempe. La teneur élevée en chrome est une source de difficultés pour le travail, en raison du sesquioxyde de chrome formé par oxydation. A un certain pourcentage l'oxydation est nulle à température élevée (Uranus 2).

Aciers autotrempants au chrome.

Leurs propriétés ont fixé leurs emplois : Coutellerie, instruments chirurgicaux ou dentaires, toutes pièces ayant à résister à la corrosion. Voici, en exemple, les caractéristiques mécaniques de trois aciers Véga de la Maison Holtzer :

Marque	Limite élastique	Charge de rupture	Allongement %	Résilience ou non fragilité.	Traitement thermique
Véga 1	85	95	14	5 + 2	Recuit à 800° refroidissement lent.
	160	175	3	4	Trempé à l'huile ou à l'air 900/1.000° { Revenu à 250°
	85	100	10	7	Rev. à 600/700°
Véga 2	50	85	18	12	Recuit à 800° refroidissement lent
	150	165	5	5	Trempé à l'huile ou à l'air 900/1.000° { Revenu à 250°
	75	90	11	8	Rev. à 600/700°
Véga 10	40	60	20	15	Recuit à 800° refroidissement lent.
	95	110	12	5	Trempé à l'huile ou à l'air 900/1.000° { Revenu à 250°
	65	80	35	10	Rev. à 600/700°

L'examen de ces chiffres indique bien par comparaison avec les chiffres fournis par des aciers ordinaires les variétés de chaque marque. Véga 1 et 2 sont dures, Véga 10 douce. Véga 1 et 2 sont tenaces, mais de résilience médiocre. Cette fragilité relative est due au pourcentage en chrome (fig. 4). On a pu la corriger par l'adjonction d'une petite quantité de vanadium (Véga 12).

On voit par cet aperçu que la qualité des instruments dentaires dépend beaucoup du choix judicieux de l'acier utilisé et de la façon de le traiter. Au début de ce genre de fabrication, le fil des instruments tranchants laissait beaucoup à désirer, mais actuellement nous pouvons exiger un tranchant comparable à celui des aciers ordinaires, la fragilité native des aciers au chrome ayant été corrigée par l'adjonction d'une petite quantité de vanadium. C'est ce choix judicieux qui fait le succès de la fabrication de notre confrère Bonnay, de Thiers.

ALLIAGES FER-NICKEL-CHROME.

La publicité faite par la Maison Krupp autour du métal Wipla, la Maison Stainless autour du platinostainless attire déjà l'attention de la profession sur ces alliages et leur emploi en prothèse.

En France, la Maison Holtzer, de Saint-Etienne, produit ce genre d'alliage, sous la désignation commerciale d'alliages Uranus. L'Uranus 10 correspond au Wipla. Voici les caractéristiques mécaniques de quelques Uranus :

Marque	Limite élastique	Charge de rupture	Allongement %	Résilience ou non-fragilité	
Uranus 2 et 3	30	75	30	15 ÷ 2	Pas de traitement thermique.
Uranus 10	35	70	25	15	
Uranus 20	40	80	25	10	

Les alliages Uranus 1 conviennent aux fils de résistance pour chauffage électrique. Si l'on recherche l'inoxydabilité à chaud, on s'adresse à l'Uranus 3 jusqu'à 900°, à l'Uranus 2 jusqu'à 1200° (aiguilles pour seringues hypodermiques). D'après les essais effectués sur des plaques minces chauffées de 850° à 900° pendant 1000 heures, les pertes en poids, par rapport à l'acier doux ordinaire, furent :

Uranus 2 cent fois moindre ;
Uranus 3 vingt fois moindre.

L'Uranus 20 convient pour les emplois exigeant une grande dureté à chaud.

L'Uranus 10 est recommandé pour sa bonne résistance aux agents chimiques. Des essais de corrosion ont montré qu'il résiste

parfaitement à chaud ou à froid aux réactifs suivants : Acides nitrique, acétique, citrique, formique, lactique, phosphorique, tartrique et sulfureux, aux sulfates, sulfures, chlorures, bromures, iodures et hypochlorites. Pour la résistance à l'acide sulfurique et à l'acide chlorhydrique les Uranus 2 et 3 conviennent mieux.

En bouche, l'Uranus 10 se comporte bien.

L'Uranus 10 a l'atelier de prothèse.

Les lignes qui précèdent forcément théoriques sont destinées surtout à la documentation de nos confrères. Abordons le côté pratique.

Le métal Wipla similaire de l'Uranus 10 nous est livré par Krupp sur la base de 3.000 à 4.000 francs le kilog. L'Uranus 10 pris à l'usine revient à 30 francs le kilog. Avec un décalage pareil, je ne doute pas que nos fournisseurs veuillent bien nous livrer, sous la forme usuelle de plaques et de fils, l'Uranus 10. Il y a toutefois quelques difficultés à résoudre pour en généraliser l'emploi.

Première difficulté : Le recuit. Si l'on porte du métal Uranus à 1200° pour le recuire, il se recouvre dès 900° d'une pellicule bleutée de sesquioxyde de chrome. Cette pellicule augmente rapidement par des chauffages répétés. Le sesquioxyde de chrome formé est excessivement dur, il raye le quartz. De plus, il est insoluble dans les acides. L'inconvénient est sérieux : On ne peut pas décaper le métal et les cylindres du laminoir, les filières sont mis à mal. On peut évidemment se débarrasser de cet oxyde en brossant à l'émeri après chaque recuit. C'est une complication. Voici le moyen le plus simple de tourner la difficulté :

Lorsque le métal est rouge, il suffit d'en frotter la surface avec un cristal de chlorate de potasse. Il se produit immédiatement un chromate de potasse qui est jaune et enduit le métal. On plonge alors le métal tiède dans de l'acide chlorhydrique étendu au 1/10e, tiède également. Le chromate de potasse s'y dissout laissant le métal net.

Cette difficulté est donc vaincue. L'atelier de prothèse peut travailler et recuire ce métal autant de fois que le façonnage de la plaque base et des crochets l'exigeront.

Seconde difficulté : L'estampage. L'Odontologie d'octobre 1928 a publié un article de Charlier sur la question. On arrive parfaitement à repousser le métal qui est très dur à déformer. Au lieu de

frapper sur le zinc, on frappe sur le plomb. La solution est élégante et les modalités de travail adoptées par Charlier parfaitement appropriées. Mais la difficulté d'estampage est très réelle et je pose la question, car je n'ai pas encore réalisé l'essai. Ne serait-il pas préférable qu'on nous fournisse des tôles minces de Véga 12 convenablement recuites pour permettre l'estampage ? Une simple trempe à l'air fixerait leur forme définitive.

Troisième difficulté : La soudure. La température de fusion nécessaire élimine nos procédés habituels, le chalumeau gaz et air ne dépassant pas 1200°.

La soudure électrique fournit la solution la plus heureuse. Nos confrères allemands ont adopté la soudure par arc voltaïque. Charlier préfère la soudure par résistance au contact et je suis de son avis parce qu'une simple modification de résistance permet la soudure des alliages Uranus et celle des alliages d'or. La technique de Charlier pour la soudure des crochets est parfaite. La Société des Industries thermiques d'Aubervilliers vient de créer une soudure de 2 kilowatts, qui convient à nos besoins. Il devient possible de fixer sur les modèles de plâtre les crochets d'or ou d'Uranus à leur plaque-base par quelques points de soudure. C'est une économie de temps et une mise en revêtement évitée. De même pour la fixation de pièces accessoires aux arcs de redressement. Je suis persuadé que l'usage de la soudure électrique se répandra rapidement dans notre profession et qu'elle est appelée à modifier certaines de nos techniques par sa commodité et l'économie de temps réalisée.

Quatrième difficulté : La soudure des dents minérales. La chaleur énorme dégagée par le passage du courant ne va-t-elle pas produire un trop grand écart pour la dent minérale ? Hélas oui pour le moment.

La soudure des crampons de platine ou de ferronickel se fait parfaitement sur l'or ou l'Uranus, mais il est très rare que la porcelaine ne se fende pas, même protégée par un revêtement réfractaire. L'échec semble dû à la dimension des électrodes, mais je crois la chose réalisable et bien faite pour tenter les chercheurs qui sont nombreux dans notre profession. Dès maintenant sont réalisables les combinaisons Uranus-hécolithe, Uranus-vulcanite où la rétention des dents se fait par la matière plastique. De même les steele, les dents à tube sont possibles.

LES ASPECTS HISTOLOGIQUES DE LA PYORRHÉE

Réponse à quelques critiques de M. Delater

Par Ch. HULIN

Dentiste de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

616, 314.17 0081

M. Delater, chef du laboratoire des recherches scientifiques de l'E. D. P., veut bien me faire l'honneur d'une courtoise controverse, au sujet de mon dernier travail sur la « Pyorrhée alvéolaire ». M. Delater me dit qu'il interprète autrement que je ne l'ai fait radiographies et microphotographies ; il conteste de même les explications que j'ai fournies au sujet de l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire. Cela est très naturel et c'est là son droit strict. Ce serait trop beau, si, en matière scientifique, on avait d'emblée l'élite avec soi. D'autant plus que le sujet « Pyorrhée alvéolaire » laisse une grande liberté d'interprétation, si l'on se borne à examiner les figures mortes et schématiques, que nous offre l'histologie pure. D'autre part, peut-être n'ai-je pas été assez explicite dans mon exposé, peut-être ne me suis-je pas suffisamment étendu dans le détail ? Ou bien, M. Delater a-t-il lu hâtivement mon travail ? Toujours est-il qu'il me semble que quelques erreurs se sont glissées dans les critiques de mon éminent contradicteur.

Il y a deux constatations pour lesquelles je reçois l'approbation de M. Delater. Examinons-les.

M. Delater m'approuve d'apporter une démonstration du rôle joué par l'inflammation dans l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire, et de la résorption alvéolaire. Car, pour M. Delater c'est la lésion inflammatoire de l'épithélium qui constitue le stade initial de la maladie [1]. Eh bien, je ne suis absolument pas de l'avis de M. Delater, et en voici les raisons.

J'ai démontré qu'alors même qu'aucun phénomène *objectif*, aucune lésion *macroscopique*, n'étaient décelés à l'œil nu et à l'examen clinique superficiel, il y avait déjà des *lésions épithéliales* suffisantes pour démontrer que la résorption alvéolaire sous-jacente pouvait n'être pas considérée comme primitive, mais était plutôt secondaire à cet état épithélial, dû lui-même à un *état spécial de*

1. G. DELATER. Essai sur le rôle de l'inflammation dans le développement de la pyorrhée alvéolaire. *Odontologie*, 30 mai 1926.

l'organisme. Je dis de même que les microbes que l'on peut déceler dans la couche superficielle ou profonde ne pouvaient y entrer *qu'à la faveur* de cet état spécial des humeurs de l'organisme.

Le mécanisme d'action des micro-organismes s'adjoint, dans la pyorrhée, et se surajoute, mais ne détermine pas la maladie, j'en prends pour preuve qu'il n'y a pas de spécificité microbienne dans cette affection ; toutes les espèces y sont représentées. « Le gîte et le couvert », comme le dit si heureusement M. Delater, parfaitement, mais *repas préparé* par un autre personnage, qui de plus, leur a ouvert la porte.

Quand M. Delater constate qu'il y a des microbes dans cet épithélium, est-ce que cela explique le mécanisme de leur intrusion au sein de ces tissus d'habitude si hermétiques ? Ne croit-il pas qu'il puisse y avoir des facteurs biologiques, que le microscope seul et les coupes figées par la mort, ne révèlent pas, et qui préparent cette intrusion ?

M. Delater dit tout de même, vers la fin de son travail : « ...une modification du chimisme humoral par un dysfonction- « nement endocrinien, par arthritisme peut-être, que certains « auteurs lui rattachent, viennent-ils à favoriser l'agression micro- « bienne, la pyorrhée apparaît ».

Alors, M. Delater, qui n'est pas de mon avis au début de son troisième paragraphe, le devient vers la fin ?

Evidemment, les microbes provoquent l'appel leucocytaire, mais n'y a-t-il que les substances d'élaboration microbienne qui aient l'apanage de provoquer un chimiotactisme positif sur ces éléments ? La formation, l'introduction d'un corps étranger, ne provoquent-elles pas leur afflux sur le lieu d'introduction ?

Admettre, comme le fait M. Delater, que la pyorrhée alvéolaire est une gingivite latente, puis une gingivite tout court, qui évolue par son microbisme, équivaut à admettre que toutes les gingivites sont prépyorrhéiques, et évoluent vers la pyorrhée. C'est une généralisation simple et commode, mais qui n'est malheureusement pas en rapport du tout avec les données de la clinique. Les praticiens savent d'ailleurs très bien qu'ils ont des gingivites qui guérissent très vite, qui cèdent aux traitements ordinaires et appropriés, et d'autres qui ne cèdent pas aux médications les plus diverses. Elles seraient pourtant pour M. Delater histologiquement comparables entre elles.

Il y a cependant une cause qui échappe, la cause de ces récidives,

il y a ce facteur toujours délaissé dans la thérapeutique antipyorrhéique : « le terrain ». Car, si, comme le croit M. Delater, la pyorrhée avait une origine si simple, il nous deviendrait facile de la guérir par les moyens usités, qui suffisent à guérir une gingivite banale, et cela n'est pas le cas. Nous avons assisté à la faillite à peu près complète des agents thérapeutiques les plus divers. Car la pyorrhée ne cède pas à la thérapeutique antiseptique... pas plus qu'à la vaccinothérapie, sous quelque forme qu'on l'emploie, pas plus qu'aux agents physiques... .

Toutes ces médications amènent une *amélioration locale, fugitive, temporaire, mais ne guérissent pas*. Car l'autre facteur échappe à leur action, et la récidive est de règle après leur usage.

D'ailleurs, le microbisme intégral de la pyorrhée est combattu par un grand nombre d'auteurs. M. J. Tellier dit à ce sujet [1] : « On nous permettra bien de conclure qu'il ne s'agit pas là de lésions qui sont sous la dépendance de telles ou telles espèces microbiennes justiciables d'un seul traitement antiseptique univoque, ni d'un traitement chirurgical local. »

Je suis de l'avis de M. J. Tellier à ce sujet. D'autre part les figures si spéciales que l'on peut observer sur les coupes de tissus pyorrhéiques revêtent parfois des aspects caractéristiques, qui autorisent ce que j'ai dit au sujet de ces figures et qui permettent les paroles suivantes de J. Tellier :

« Dans les lésions des états prépyorrhéiques, cette prolifération « épithéliale diffuse, non monstrueuse et désordonnée comme dans « les tumeurs, cependant est-elle l'ébauche d'un processus vaso- « sanguin-formatif avorté, ou est-elle le résultat d'une métaplasie « cellulaire engagée dans une autre voie, est-elle contemporaine de « l'atrophie osseuse, ou lui est-elle consécutive, mais encore anté- « rieure à l'apparition de l'élément animateur infectieux, ou bien « au contraire est-elle consécutive à l'action des micro-organismes ? »

Puis plus loin :

« Il est intéressant aussi de se demander ce qu'il advient de « ces foyers de proliférations épithéliales. Il est classique de répéter « qu'ils disparaissent après la chute spontanée ou l'extraction chi- « rurgicale des dents malades. Mais c'est également là une affirma- « tion qui n'a pas été scientifiquement contrôlée. »

---

1. Dr J. Tellier. Le périodonte tissu mixte couplé conjonctivo-épithélial. Congrès de Stomatologie, octobre 1924.

C'est pour répondre à ces alarmes que j'écrivais trois ans plus tard, dans la discussion de mon travail, les conclusions rassurantes suivantes ; car, si j'ai pu dire, au cours de mon exposé, que l'on voyait dans les lésions pyorrhéiques des figures, que beaucoup d'auteurs signalent, figures comparables à celles que l'on observe dans l'état précancéreux ou cancéreux, il n'a jamais été dans mes intentions de faire croire qu'il existait un lien de parenté quelconque entre les deux affections, et j'en donne pour preuve le texte même de mon exposé :

« Le départ des éléments cellulaires épithéliaux dans la pyorrhée « semble être l'avant-garde envoyée par l'organisme. et sous une « influence spéciale *pour faire la part du feu,* c'est-à-dire sectionner « le ligament et libérer la dent devenue la cause de la rétention des « *protéines étrangères et microbiennes.*

« Dans les lésions pyorrhéiques, l'acanthose annonce aussi un « essaimage des cellules épithéliales, comme nous pouvons nous en « rendre compte dans la figure n° 3 de la pièce 37.

« Mais cet essaimage, pour diffus qu'il puisse sembler, n'en est « cependant pas moins circonscrit ; les éléments épithéliaux qui « quittent leurs assises *ne garderont* pas toujours leur type originel, « ils sont susceptibles de modification morphologique et se modi- « fient selon les besoins du lieu où ils se trouvent. Il est certain que « les irritations ont la faculté de déterminer des anomalies de struc- « ture cellulaire pouvant prendre quelquefois des figures dangereu- « ses (infiltrations épithéliales). Mais, à l'inverse du cancer, ces « anomalies, cet aspect d'anarchie cellulaire redoutable, s'arrêtent « et s'organisent. »

Dans son paragraphe III, au sujet de l'essaimage des cellules épithéliales, M. Delater dit : « M. Hulin croit qu'il n'existe pas de spécificité tissulaire. » A cela, je réponds « que je ne crois plus en effet à une spécificité cellulaire *absolue* » comme M. Delater semble encore le croire. Je m'appuie pour cela sur des opinions autorisées, et dans mon travail, je disais à ce sujet :

« Masson [1] déjà en 1914, dans le bulletin pour l'étude du cancer, dit que la notion contraire au dogme de la spécificité cellulaire absolue a été apportée en France par les recherches d'Alizais, précédée de peu, en Allemagne, par Krompecher ; il dit en outre que « toute cette question d'anatomie générale est dominée par les tra-

1. Masson et Peyron. Spécificité cellulaire et tissus mixtes.

« vaux de Retterer, dont les conceptions doctrinales, toutes réser-
« ves faites sur certains points, nous *paraissent ignorées injustement*
« et *méconnues par la plupart des auteurs ?* »

Je disais encore : « C'est à M. Reterrer, en effet, que nous
« devons de savoir le rôle des cellules épithéliales essaimées dans
« le derme conjonctif ; nous savons par lui qu'elles deviennent, par
« perte d'une partie de leur protoplasma, les agents défenseurs de
« l'épithélium attaqué, les cellules épithéliales se transforment en
« globules blancs et constituent l'amygdale gingivale. Ce sont ces
« éléments inflammatoires qui plus tard succomberont dans la lutte
« contre l'invasion microbienne et constitueront le pus. »

J'ajoutais pour étayer mon interprétation personnelle :

« Normalement, les cellules présentent une polarité histophy-
« siologique définie par la position et les rapports réciproques de
« la basale du noyau au centrosome, la ligne qui unit ces points
« définit l'axe cellulaire dont le rôle fonctionnel est toujours le plus
« voisin du centrosome. C'est la règle qui nous a permis d'identifier
« le sens de marche des cellules épithéliales dans les tissus pyorrhéi-
« ques. »

Je ne puis que renouveler à M. Delater les textes et les auteurs, ainsi que les règles qui ont servi à étayer mon opinion.

M. Delater me dit encore n'être pas de mon avis au sujet de l'étiologie de la pyorrhée qui est pour lui une inflammation gingivale, et pour moi « due à des troubles colloïdaux, d'ordres généraux, avec retentissement local ».

Et non comme me le fait dire M. Delater :

« Floculations colloïdales sur des organismes sensibilisés anaphylactisés par une prédisposition arthritique [1] »... (?)

J'ai en effet dit, après beaucoup d'autres, que l'arthritisme est maintenant identifiée à un état anaphylactique ou d'instabilité humorale, et que la pyorrhée trouve là un terrain propice et nécessaire à son évolution, et j'appuie mon assertion *sur les faits suivants* :

1° Si l'on injecte à un chien, par voie veineuse 1 cm. c. d'ovalbumine diluée et que l'on attende huit à dix jours, qu'à ce moment l'on procède, par la même voie, à une injection de bien moindre volume, dite injection déchaînante, le chien meurt tué par le choc anaphylactique ;

---

1. Delater. A propos de la communication de M. Hulin sur les aspects histologiques de la pyorrhée (*Odontologie*, novembre 1928).

2° Si, à un chien témoin, qui n'a reçu, lui, que la première injection de blanc d'œuf, dite injection sensibilisante, on scelle sur une de ses canines par exemple, une couronne à bague « débordante », et que chaque jour on applique sous ce bord du blanc d'œuf dilué, on assiste en peu de temps à l'évolution d'une pyorrhée magnifique, avec abcès spontanés, en rapport avec le contact de l'ovalbumine, et avec lésions histologiques comparables à la pyorrhée naturelle ;

3° Si, à un troisième chien on se borne à provoquer les conditions locales du précédent, c'est-à-dire si on lui scelle une couronne débordante, et qu'on la lui mette dans les mêmes conditions, aucun phénomène objectif ne se manifeste.

Cette triple expérience démontre :

1° Que le premier et le deuxième chiens étaient bien anaphylactisés, puisqu'ils ont reçu chacun la même dose d'ovalbumine par voie veineuse ;

2° Que le second, anaphylactisé expérimentalement donne des lésions d'anaphylaxie *locale*, quand on met ses tissus gingivaux en contact avec l'albumine qui a servi à le sensibiliser, que ces lésions sont comparables, cliniquement et histologiquement à la pyorrhée ;

3° Que le troisième chien à qui il manque le facteur « terrain » ne donne que les réactions banales de l'inflammation bénigne, quand on le met dans les mêmes conditions *locales* que le précédent.

Voici les faits qui étayent ma théorie, et j'attends pour admettre que je me suis trompé que l'on m'apporte des faits nouveaux qui détruisent ce que j'ai dit.

M. Delater m'oppose ses recherches personnelles sur une centaine de pyorrhéiques qu'il a examinés, « il ne les a pas trouvés arthritiques » me dit-il, mais à mon tour, je lui demande quelles recherches il a faites pour déceler un état aussi *polymorphe*. Il a recherché des modifications sanguines et urinaires, c'est-à-dire des recherches classiques, mais non pas les recherches *chimico-physiques* sur lesquelles il faut s'appuyer pour conclure — M. Delater a-t-il fait le genre d'expérience adéquat pour déceler cette instabilité humorale ? A-t-il observé les variations des constantes colloïdales, résistance envers les colloïdes hétérogènes, indice de concentration moléculaire, tension superficielle, viscosité, etc., etc... ?

M. Delater se demande comment la *sensibilité* arthritique (sensibilisation prise au sens colloïdal) peut s'exercer vis-à-vis des protéines microbiennes ?

A cela, je réponds que cette sensibilité humorale ou tissulaire s'accorde parfaitement avec la *spécificité des protéines* microbiennes ou alimentaires.

En effet, si dans le cours de sa vie un individu voit son intestin, *son foie surtout,* devenir déficient à son rôle *de barrière,* si une molécule d'albumine peut franchir ces obstacles et arriver *non-détruite* dans le milieu sanguin (milieu essentiellement colloïdal) voilà l'organisme sensibilisé à cette protéine, sensibilisation qui *durera autant* que l'individu. Comme ces sensibilisations peuvent être d'un nombre *infiniment grand,* il est bien rare si dans le cours de son existence, l'être sensibilisé n'est pas remis en présence de l'agent sensibilisateur, il se produit alors un choc entre colloïdes, sur le lieu de la rencontre, choc qui se manifeste par des troubles soit généraux, soit locaux.

Voilà, résumées très hâtivement les quelques remarques que m'ont suggérées les critiques de M. Delater ; ne pouvant m'étendre davantage, pour le moment, sur le mécanisme d'action des causes que j'ai invoquées comme étant responsables de l'état pyorrhéique, je me propose dans un travail en préparation d'apporter à l'appui de ma thèse d'autres arguments et explications : Effets de la thérapeutique spécifique, par exemple, chapitre qui intéressera nos confrères puisqu'ils y trouveront des réalisations pratiques pouvant leur rendre service dans leurs traitements.

OSTÉITE SUBAIGUE PROLONGÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE

Par le Dr P. Winter,

Ancien Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 4 décembre 1928

616.716.4

Le malade est un de mes amis, littérateur de talent, mais qui fut toujours peu soucieux de son état dentaire. Il fallut l'influence d'un autre ami qui nous était commun, Brille, pour qu'il se décidât à faire examiner sa bouche.

Parmi les nombreuses dents à traiter, celle qui était dans le plus mauvais état était la première molaire inférieure droite. Ce fut d'elle que partirent les accidents que nous allons relater.

Cette dent fut l'objet de pansements réguliers de mai à juillet 1925, mais, à partir de cette date, notre littérateur écrivit deux livres et ne s'occupa plus de ses dents. Il revint chez Brille et Hill en juin 1927. Il avait présenté à deux reprises de petites collections qui s'étaient ouvertes au voisinage de la même dent, mais ne s'en était pas soucié. Il revenait parce qu'il souffrait et parce qu'il présentait une tuméfaction de toute la région. Extraction sous anesthésie locale le 15 juin, suivie d'un curettage alvéolaire. Lavages réguliers les jours suivants. Le 2 et le 25 juillet, ablation sous anesthésie locale de deux esquilles.

Le 2 août, état inflammatoire persistant, tuméfaction gagnant la région sous-mentale, température 38,5. Le malade m'est envoyé d'urgence.

Il présente une collection de la région sous-mentale. Il ne s'agit pas d'une collection du plancher de la bouche, qui est intact, mais d'un envahissement du tissu cellulaire sous-mental, qui s'est faite directement par le bord inférieur du maxillaire.

Intervention le lendemain sous anesthésie locale. Ouverture large de la collection. L'exploration au stylet permet d'atteindre un foyer osseux dénudé, mais étant donné les phénomènes inflammatoires aigus et la dent ayant été enlevée, on ne pousse pas plus loin. Drainage.

Je m'absente à ce moment et confie le malade à mon collègue et ami le Dr Bonnet-Roy. Il est obligé les jours suivants d'ouvrir à nouveau la collection qui paraît s'être étendue vers la gauche. Ouverture du sillon gingivo-labial en regard de l'incisive latérale gauche.

Bonnet-Roy part en vacances à son tour. Notre regretté collègue Harbruger est obligé d'intervenir à nouveau et de faire une nouvelle incision à gauche de la ligne médiane.

Les phénomènes généraux cèdent assez vite, mais il persiste une suppuration constante par les deux incisives. Alternatives d'amélioration et de phases de rétention, qui cèdent à des applications chaudes. L'exploration des fistules montre un os dénudé et de petits séquestres mobiles, dont plusieurs sont enlevés.

Malgré l'affolement de l'entourage du malade, je prêche toujours l'expectative. On explore les autres dents qui, à part la dent de sagesse inférieure droite, sont en assez bon état. Différentes radios sont prises montrant la présence de séquestres au niveau de l'alvéole de la molaire enlevée.

En décembre, je décide d'opérer à nouveau. Le malade est bien portant et en état de supporter une anesthésie générale. Je résèque les deux fistules et incise sur cinq à six centimètres le long de l'arc antérieur du maxillaire.

Je tombe sur de volumineux séquestres déchiquetés que j'enlève progressivement. A mon grand étonnement, je m'aperçois que tout le rebord inférieur du maxillaire, depuis la prémolaire gauche jusqu'à l'angle droit de la mâchoire, est séquestré. J'élargis mon incisive en dehors et à la curette ou à la pince-gouge, je m'efforce de séparer du mieux possible l'os vivant de l'os mort, creusant une véritable tranchée entre les deux tables du maxillaire. J'ai ici, un tube qui contient les principaux fragments enlevés ; vous verrez qu'ils sont de taille.

Je profite de l'anesthésie pour enlever la dent de sagesse inférieure droite. En curetant son alvéole, je me rends compte qu'elle communique avec la zone séquestrée.

Suites normales, fermeture de la plaie, sauf en deux ou trois points, qui continuent à suppurer légèrement.

Deux très petits séquestres sont encore enlevés en avril et en juin 1928. En juillet, tout est cicatrisé.

La cicatrise est correcte. Il n'y a pas de déformation du menton et la destruction osseuse considérable, comme il est heureusement habituel de l'observer à la mâchoire inférieure, s'est réparée sans laisser de traces visibles. La vitalité des dents de toute la zone malade n'a pas été compromise.

Nous connaissons dans le service de M. le Prof. Sebileau — l'infinie variété de localisation et d'évolution des ostéo-périostites dentaires. Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation — caractérisée non seulement par la longueur de son évolution, mais surtout par l'étendue non prévue des lésions destructrices — lésions que les films dentaires localisés dont nous avons eu le tort de nous contenter ne nous avaient pas révélées.

Il semble que, dans des cas semblables, il faille ne pas trop se presser d'intervenir. Après drainage de la collection des parties molles, il y a intérêt à attendre que se séparent nettement les parties mortes de l'os. Il est vraisemblable que la nécrose a eu lieu d'emblée au moment de la poussée aiguë et qu'elle ne progresse pas, par la suite M. Bonnet-Roy avait fait faire une réaction de Wasserman, elle était négative. Rien ne permettait de penser à une lésion tuberculeuse. Certain du diagnostic et prévenu de la longueur de l'évolution de tels cas, nous avons pu, à bon escient, rassurer le malade et son entourage et lui promettre guérison, après une patience d'une année.

UN CAS DE CONJONCTIVITE D'ORIGINE DENTAIRE

Observation recueillie dans le service de Stomatologie du Val-de-Grace

Par Armand Covo.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 4 décembre 1928).

616.314 : 617.7

Les manifestations oculaires d'origine dentaire, sont de notion classique depuis les travaux de Metraz [1], mais la pathogénie même de ces métastases est encore fortement discutée par les auteurs modernes.

Les uns se contentent d'invoquer une origine réflexe ; d'autres, tout en admettant sa possibilité dans certains cas, s'efforcent de découvrir un mécanisme anatomo-pathologique expliquant les corrélations des infections buccales et oculaires.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter à la Société nous paraît avoir un double intérêt :

1° Un intérêt pathogénique ;

2° Un intérêt thérapeutique : en effet, les manifestations oculaires constatées chez notre malade, ont complètement guéri, du jour où nous avons soigné leur cause dentaire.

Observation. — Le 11 septembre dernier, un soldat de 21 ans vient nous consulter parce qu'il souffre à l'angle gauche du maxillaire inférieur. Nous examinons d'emblée la dent de sagesse, nous constatons que son sac péricoronaire est hyperhémié, ainsi que la muqueuse gingivale avoisinante. Mais la pression du sac ne laisse pas sourdre la moindre goutte de pus. Les ganglions sous-angulo-maxillaires et sous-maxillaires sont très légèrement tuméfiés et non douloureux. Il s'agit donc, en somme, d'un accident muqueux banal de dent de sagesse.

Mais dès le début de notre examen, nous avons été frappé par l'état de l'œil gauche, sa conjonctive est uniformément rouge du fait de la présence de nombreux vaisseaux dilatés. Il existe du larmoiement, le clignement est fréquent, et le malade déclare que la lumière le gêne de ce côté. Au palper, nous réveillons une douleur vive aux points sus-orbitaires et sous-orbitaires ; mais aussi, fait particulier, la palpation du malaire est extrêmement douloureuse, ainsi que celle du maxillaire supérieur, dans le sillon naso-génien.

---

1. Thèse de Paris, 1873.

Nous interrogeons le malade qui nous raconte que ses douleurs de l'angle de la mâchoire sont apparues depuis décembre 1927, elles ont toujours été peu accentuées. Par contre, les symptômes oculaires, apparus vers le 15 avril 1928, ont eu un caractère d'acuité et de ténacité tout à fait remarquable. Ils ont motivé l'hospitalisation du malade, avec le diagnostic de conjonctivite à gauche. L'affection évoluait par poussées, durant environ 12 jours avec des périodes intercalaires d'une semaine. Au cours d'une de ces poussées, la symptomatologie fut vraiment aiguë pendant quatre jours. A la gêne, au larmoiement, à la rougeur conjonctivale, s'ajoutèrent des névralgies sus-orbitaires, sous-orbitaires, malaires et nasales. Sur un fond de douleur permanente, s'inscrivaient des paroxysmes extrêmement pénibles, la température oscillait autour de 38°7. Le malade fut traité par des pulvérisations d'atropine, par l'argyrol et, dit-il, par une pâte iodoformée.

Le traitement n'obtint jamais de rémission d'une durée supérieure à une semaine.

L'unilatéralité de la conjonctivite, sa résistance au traitement firent un moment suspecter la simulation. Finalement, le malade fut hospitalisé au Val-de-Grâce, toujours pour ses manifestations oculaires, et c'est là que nous eûmes l'occasion de l'observer.

Notre première hypothèse fut celle d'une relation de cause à effet entre l'accident de la dent de sagesse inférieure et la conjonctivite unilatérale même côté. L'apparition successive de deux localisations pathologiques plaidait en faveur de cette interprétation.

Mais le contraste entre la bénignité de l'accident de la dent de sagesse d'une part, la ténacité et la gravité des accidents oculaires d'autre part, nous engagèrent à pousser plus loin nos investigations. L'existence de douleurs malaires attirait notre attention vers la région antéro latérale gauche du maxillaire supérieur, et c'est là qu'effectivement nous découvrîmes une gangrène partielle de la pulpe de la dent de six ans, à peu près méconnue du malade et dont il ne nous avait pas parlé.

Cette dent était sensible à la percussion et présentait des points douloureux au toucher à l'extrémité de ses racines vestibulaires et de sa racine palatine. Etant donné les caractères de la conjonctivite, tout portait à croire qu'elle devait être d'origine dentaire et la présence de ces lésions d'irritation et d'infection que nous découvrons au niveau de sa dent de six ans supérieure gauche nous fait admettre que c'est cette dent qui doit être à l'origine de la conjonctivite. Pour en avoir la preuve, nous en entreprenons le traitement. En conséquence, nous commençons par l'extirpation de ce qui restait des filets radiculaires de la dent incriminée et nous laissons des mèches de tricréso-formol sous coton au benjoin ; trois jours après, le malade revient complètement guéri de sa conjonctivite, et sa dent ne présentait plus que peu d'arthrite : nous lui

changeons les mèches que nous laissons sous pâte : deux jours après, ce pansement trop occlusif avait déterminé une nouvelle poussée d'arthrite et parallèlement une récidive de la conjonctivite qui dura vingt-quatre heures, ce qui faisait la preuve de la relation entre les deux accidents, nous lui laissons sa dent sous benjoin, et aussitôt les phénomènes indiqués rétrocèdent, vingt-quatre heures après nous remettons la dent en observation sous pâte. Cette obturation ne donnant aucune réaction, nous décidons, au bout de quinze jours, d'obturer définitivement les canaux. Nous avons revu le malade la dernière fois le 27 novembre 1928, c'est-à-dire un mois et demi après sa dernière récidive et pouvons affirmer que le traitement dentaire, à l'exclusion de tout autre, l'a complètement guéri de sa conjonctivite. Ainsi, nous avions la preuve thérapeutique de l'origine dentaire des signes oculaires.

Effectivement, rien dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade ne pouvait expliquer sa conjonctivite ; on ne retrouvait chez lui que la notion des fièvres habituelles de l'enfance ; il affirmait n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne.

Au point de vue héréditaire, on notait seulement chez sa mère les signes d'une néphrite chronique.



Notre observation confirme la donnée classique[1] de l'origine buccale de certaines manifestations oculaires.

En résumé, il s'agissait d'un jeune homme traité depuis cinq mois, pour une conjonctivite unilatérale gauche, par des ophtalmologistes éminents et cela sans aucun résultat, au point qu'à Mayence ce malade a été un moment suspecté de simulation. Le hasard d'une manifestation banale de dent de sagesse le conduisit jusqu'à nous. Cette circonstance fortuite nous permit de découvrir la cause du mal : une carie pénétrante de sa dent de six ans supérieure gauche, à peu près inconnue du malade et pour laquelle il ne nous consultait pas.

Cette lésion était bien la cause de la conjonctivite subaiguë unilatérale, puisque le traitement de la carie dentaire amena la rétrocession presque immédiate des manifestations oculaires.

Il nous reste à tenter d'expliquer la pathogénie de ces accidents. La brusquerie de cette rétrocession évoquait l'idée d'un processus réflexe, mais avant d'admettre cette hypothèse, toujours difficile à

1. Rousseau-Decelle. Les troubles réflexes et fonctionnels d'origine dentaire. Rapport au XVIIe Congrès international de médecine, Londres, 1913.

Worms et Bercher. Affections oculaires d'origine dentaire, *Revue de Stomatologie*, août et septembre 1925.

prouver, nous nous sommes demandé si une infection de proche en proche ne pouvait pas être en cause. Nous avons fait pratiquer une radiographie de tous les sinus de la face et nous avons trouvé que le *sinus maxillaire gauche, et lui seul, présentait une diminution dans sa transparence.* Nous nous trouvions donc en réalité en présence d'une infection de toute l'hémiface gauche à point de départ dentaire, et certes il y avait lieu de rattacher la conjonctivite à cette infection focale, la transmission microbienne de la dent à l'œil s'accomplissant par l'intermédiaire de la muqueuse du sinus servant de cheminement aux microbes.

Si l'on s'en rapportait aux travaux américains, nés des recherches de Rosenow, il faudrait admettre que l'infection focale aurait déversé dans le sang des micro-organismes (probablement des streptocoques), doués d'un tropisme particulier pour l'œil. Mais outre que l'existence de ce tropisme peut sembler problématique, cette hypothèse ne rend pas compte de l'unilatéralité de la lésion oculaire, ni de ce fait, constaté par tous les cliniciens, que la lésion oculaire est toujours du même côté que la lésion dentaire.

En définitive, la théorie proposée par MM. Worms et Bercher [1] nous paraît infiniment plus satisfaisante. Il semble bien, en effet, que dans le cas que nous présentons elle nous donne la clef de la pathogénie des phénomènes.

1. Congrès annuel de Stomatologie, octobre 1924.

PRÉSENTATION DE CLICHÉS DU SERVICE RADIOGRAPHIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par Marthe CAEN,

Chef du Laboratoire.

616.314.073.75

Nous présentons aujourd'hui des exemples de différents accidents pouvant se produire sur une même région. Nous choisissons cette fois la région des quatre incisives du maxillaire supérieur.



Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1. — Radiographie prise sur un garçon d'environ dix-sept ans pour rechercher la présence d'incisives centrales incluses ou de leurs follicules. Seules subsistent les dents de lait dont les racines sont résorbées. Les incisives latérales ont une forme absolument anormale, rappelant celle des canines.

Fig. 2. — Fracture de la racine d'une incisive centrale à la suite d'un choc.



Fig. 3.



Fig. 4.

Fig. 3. — Raréfaction osseuse d'origine pyorrhéique.

Fig. 4 — Kyste volumineux s'étendant de l'incisive centrale à la première prémolaire.

REVUE DES REVUES

DES RELATIONS DU BACILLE ACIDOPHILE AVEC LES CARIES DENTAIRES

Par Charles BUNTING, de l'Université de Michigan.

La plupart des auteurs ont étudié par des travaux histologiques, des rapports qui existent entre les caries dentaires et la présence sur les gencives du bacille acidophile.

L'auteur en arrive aux conclusions suivantes :

1° Certains individus présentent une immunité marquée à la croissance du bacille acidophile dans la cavité buccale, immunité qui peut persister de la naissance à la vieillesse, ou peut apparaître et disparaître à intervalles pendant la vie. Pendant les périodes d'immunité, de grandes quantités de bacilles peuvent être ingérées sans que cet organisme s'implante dans la bouche ;

2° Par un régime expérimental bien établi, chez des enfants d'âge supérieur à un an, chez qui l'absorbtion de sucre serait pratiquement supprimée, on a trouvé que ces enfants se développent normalement et en bonne santé ; la pullulation du bacille acidophile et des caries dentaires sont chez eux grandement réduites ;

3° L'héxylrésorcinol, employé en lavages de la bouche, s'est montré très efficace pour réduire la proportion de bacilles acidophiles dans le champ buccal ;

4° Dans un groupe de seize enfants, atteints de caries, chez qui on avait institué un traitement par le métaphène tous les mois pendant un an, on a trouvé un total de sept cavités, dont trois récurrentes ;

5° L'emploi de métaphène en applications locales sur les dents après prophylaxie buccale, et l'usage de l'héxylrésorcinol en lavages de bouche par le patient, sont recommandés pour le contrôle des caries dentaires.

(*Dental Cosmos*, octobre 1928, p. 1.008).

INFECTIONS DENTAIRES ET TROUBLES DENTAIRES

Par Calvin SMITH, de Philadelphie.

Comme tous les autres spécialistes, ceux des voies urinaires, de l'estomac, du larynx, le dentiste doit être consulté s'il survient une infection dentaire au cours des maladies du cœur. Il est nécessaire dans ce cas-là de provoquer une consultation entre le dentiste et le médecin.

L'anesthésique de choix sera la novocaïne adrénaline en proportions convenables, et la première demi-dose sera injectée lentement.

CONCLUSIONS.

1° Certaines arythmies du cœur peuvent disparaître un certain temps si l'infection péridentaire est identifiée et traitée chirurgicalement ;

2° L'usage des rayons X est utile pour identifier les abcès péridentaires, mais ne peut suppléer l'examen clinique et la recherche approfondie de la vitalité des dents par les procédés qui sont entre les mains d'un dentiste moderne ;

3° Si le radiogramme dentaire ne montre pas de raréfaction du tissu, ce fait ne permet pas au dentiste d'écarter toute lésion dentaire, quand il existe, d'autre part, une irrégularité du cœur. L'examen clinique de la dentition est alors nécessaire ;

4° Si le radiogramme présente des raréfactions suspectes, il faut soumettre les dents malades à un examen clinique dentaire ;

5° L'abcès péridentaire indiqué par les rayons X doit être traité chirurgicalement, même si son enlèvement exige l'extraction de la dent ;

6° L'étude du cœur est incomplète sans l'examen radiographique et clinique de la dentition.

(*Dental Cosmos*, octobre 1928, p. 978).

LES TISSUS DE SUPPORT DANS LA RECONSTITUTION PARTIELLE DE LA DENTITION

Par Charles BAYLIN, de Hartford (Connecticut)

Dans la réparation de la dentition et la pose de nouvelles dents, il faut tenir compte de la solidité des tissus de support, dont la bonne qualité est un élément de succès. Sont nécessaires :

1° Un examen digital soigneux ;

2° L'examen complet de la bouche aux rayons X ;

3° Des empreintes.

La réparation dentaire est grandement aidée par la bonne qualité des tissus de support.

Pour résumer nos conclusions, je diviserai tous les cas de denture partielle en deux classes :

A. Les restaurations antérieures, concernant les dents situées en avant des premières bicuspides ;

B. Les restaurations postérieures, concernant les dents situées en arrière des cuspides.

1° Quand il y a un abutement correct, on trouve des dents à chaque

extrémité d'une selle représentant un espace n'ayant pas plus de trois dents entre ses extrémités ;

2° Le support correct des dents se trouve à une seule extrémité de la selle ;

3° Le support dentaire correct peut être aux deux extrémités de la selle, mais cette dernière représente une interruption de plus de trois dents.

Bien d'autres cas de denture partielle peuvent se présenter entre ces deux types. On peut observer, par exemple, la perte de deux incisives centrales avec celle de deux bicuspides. Je nomme ce cas A. I. P. I. Au contraire, dans d'autres cas, une bicuspide et la première molaire peuvent manquer d'un côté de l'arc maxillaire et toutes les dents postérieures de l'autre côté. Je nomme ce cas P. I. P. II. D'autres cas nous montrent encore la perte de toutes les dents postérieures entre les cuspides et les troisièmes molaires. Il y a alors deux incisives latérales. Je nomme ce cas A. I. P. III.

Ce système de classification, simple et logique, a le mérite d'indiquer d'une façon générale le mode de traitement et le type de construction. Les cas de la première classe sont de prime abord des cas de support dentaire. Toutes les autres classes suggèrent la nécessité de tissus de support. Chacune de ces classes ne représente pas une espèce ou variété unique de dentition partielle, mais nous donne des indications générales sur la structure des dents. Et dans la grande majorité des cas, la valeur de ces dents est en rapport avec celle des tissus de support.

Il est difficile d'énoncer sur ce point des règles fixes. En art dentaire, il y a trop peu de constantes dans nos problèmes et trop de problèmes complexes, si nous voulons mettre sur pied une science exacte et compréhensive : nous devons avoir des règles générales et commencer à les formuler, en essayant de les tracer largement. Nous pouvons étudier les raisons de chaque exception et les énoncer clairement.

En appliquant ces cas à la construction de la denture partielle, il y a des cas appartenant à la classe I où il est correct d'utiliser le principe du tissu de support employé dans certains cas de la classe III. Il y a d'autres cas où il est difficile, sinon impossible, d'éviter la combinaison des dents et du tissu de support. Nos règles doivent être des règles de raison, comprises et basées sur des hypothèses scientifiques.

(*Dental Cosmos*, octobre 1928, p. 988).

Dr Cuny.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 décembre 1928.

Présidence de M. le Dr Bonnet-Roy.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — Un cas de fracture du maxillaire (Présentation de malade), par MM. le Dr Brechot et L. Lebourg.

M. Lebourg donne lecture de la communication (sera publiée).

Discussion.

M. G. Villain. — Je voudrais demander à M. Lebourg de nous exposer le détail de l'appareil qu'il a utilisé pour la réduction.

M. Lebourg. — C'est très simple : vous avez d'ailleurs vu les photographies. Il s'agit d'un casque de Darcissac sur lequel j'ai mis un arc péri-facial à une distance de cinq à six centimètres de la lèvre et un peu au-dessous du plan d'occlusion. Sur cet arc, j'ai attaché des élastiques ordinaires à l'aide de fil de fer et ensuite relié ces élastiques aux ancrages de redressement ordinaire fixé à l'arc d'Angle posé en bouche. Cette traction attirait la mâchoire inférieure en avant et un peu en bas, forçant ainsi la malade à mobiliser constamment la mâchoire, et réalisant la réduction des fractures sous-condyliennes, puisque pour réduire celles-ci il faut tirer en avant le fragment inférieur.

M. G. Villain. — Je félicite M. Lebourg du très beau résultat qui a été obtenu. J'ai demandé la parole pour préciser la conduite à tenir en présence de fractures condyliennes. Ces fractures que j'ai dénommées « fractures post-élévateurs » doivent être différenciées suivant la direction du trait. Si le trait est oblique, le fragment postérieur (condyle) subit un déplacement minime, voir même inappréciable, la fracture souvent se consolide sans intervention d'aucune sorte. Car, lorsque le trait est voisin de la verticale, l'action du ptérygoïdien externe tend à maintenir le fragment condylien fortement appliqué, contre le fragment mandibulaire en bas. Si le trait de fracture est horizontal, le condyle au contraire se déplace très fortement, il est attiré en avant et en dedans, il faut alors maintenir la mandibule pendant quelque temps en état de proglissement pour assurer la coadaptation des surfaces fracturées jusqu'à ce qu'il y ait début de consolidation.

Pour maintenir le contact des fragments par propulsion de la mandibule (côté fracturé) on utilise une bielle filetée, dès qu'il y a début de

consolidation, on laisse la mandibule reprendre sa place normale par rétropulsion progressive en réduisant la longueur de la bielle (grâce à la tige filetée), la mandibule entraîne ainsi le fragment condylien dans sa loge glénoïdienne.

Ce traitement n'exige pas l'immobilisation mandibulaire, je crois cependant celle-ci préférable, lorsque le trait de fracture est horizontal jusqu'à ce qu'on en soit au stade de rétropulsion.

M. Lebourg. — Lorsque le trait de fracture est immédiatement sous-condylien, c'est-à-dire le plus haut possible, le trait de fracture passe au-dessus des ligaments latéraux de l'articulation, dans ce cas-là évidemment le fragment condylien se déplace en avant ou en arrière et même sur place pour prendre toutes les positions possibles. Dans le cas particulier le trait passait au-dessous des ligaments latéraux, de sorte que les fragments supérieurs étaient maintenus en place, et n'étaient que très légèrement basculés en avant par les ptérygoïdiens externes, il ne s'agissait donc que de ramener en avant les deux fragments inférieurs qui avaient tendance à glisser en arrière.

M. G. Villain. — Je ne discute pas du tout le traitement institué dans ce cas particulier, je le trouve très bien : je tenais surtout à préciser que c'est la direction du trait qui importe le plus dans le choix de la méthode de traitement des fractures post-élévateurs, il est donc indispensable de préciser le diagnostic de ces fractures en recherchant la direction du trait de fracture cliniquement et radiographiquement.

M. le Président. — Je m'associe aux réflexions de M. Villain, en me plaçant au point de vue chirurgical. Sans parler des fractures du temps de guerre, mais dans les fractures du temps de paix — que l'on voit de plus en plus en raison du développement intensif de la circulation automobile — il est extrêmement fréquent de constater une fracture de l'arc mandibulaire compliquée d'une fracture sous-condylienne. J'y insiste parce que, quand on a examiné avec soin une fracture de la mâchoire, qu'on a exploré l'arc mandibulaire, et les branches montantes, on croit avoir fait une observation complète et l'on a les plus grandes chances cependant de laisser passer une fracture sous-condylienne si l'on ne fait pas une radiographie. La radiographie est indispensable, en matière de fracture des mâchoires, dans les cas qui paraissent au chirurgien devoir être les plus simples. Au point de vue de la réduction et de la contention, cela a une grosse importance, et c'est justement auprès de ceux qui ont la charge de la réduction et de la contention de ces fractures qu'il convient d'insister.

Le résultat de MM. Brechot et Lebourg est très remarquable, et je crois bien qu'il n'y a pas à craindre d'ankylose temporo-maxillaire secondaire, étant donné l'état actuel de cette petite malade. C'est un résultat excellent dont il convient de féliciter MM. Brechot et Lebourg, et en particulier M. Lebourg.

II. — TRAITEMENT DES LÉSIONS APICALES PAR LES COLLOIDES, PAR M. TEXIER.

M. Texier donne lecture de la communication (sera publiée).

DISCUSSION.

M. G. Villain. — Je tiens à confirmer le résultat que ma sœur a obtenu par la méthode des colloïdes de M. Texier ; ce cas est surprenant par la rapidité de la guérison et de la cicatrisation de la zone osseuse infectée qui était considérable. J'ai personnellement utilisé cette méthode et j'ai obtenu de très bons résultats. Il y a cependant des cas où elle a agi avec beaucoup de lenteur et où il m'a fallu pratiquer un très grand nombre d'injections pour obtenir la guérison. C'est une méthode facile à employer, mais qui provoque chez certains sujets des réactions assez violentes. Il est bon d'en prévenir le malade.

*M. le D*r *Roy.* — Je n'ai pas entendu le début de la communication de M. Texier et je le regrette, car cette question est très intéressante : mais j'ai assisté à sa communication précédente et j'ai déjà dit ce que je pensais, à savoir que ce traitement par les colloïdes s'applique particulièrement aux cas où il y a des lésions péri-apicales ; lorsqu'il n'y en a pas, il s'agit de la désinfection d'un tube formé d'une matière qui n'a pas de réactions propres et la désinfection se fait dans des conditions tout à fait différentes de celles de la région péri-apicale.

Dans cette dernière, ce ne sont pas les antiseptiques qui peuvent agir ; ils sont, je le déclare tout de suite, sans aucune espèce d'action sur cette région. Les antiseptiques n'y peuvent rien pour une raison bien simple ; c'est que comme l'ont montré toutes les recherches et expérimentations cliniques et thérapeutiques qui ont été faites, contrairement à ce qu'on pensait autrefois au début de la méthode antiseptique, il ne suffit pas d'inonder un tissu avec un antiseptique pour le désinfecter ; les antiseptiques ne peuvent détruire qu'une partie infime des micro-organismes contenus dans les tissus vivants ; si l'on veut agir d'une façon plus profonde et plus intense, on détruit peut-être les micro-organismes, mais on détruit surtout les cellules mêmes des tissus. Or, nous savons maintenant que ce sont justement ces cellules elles-mêmes qui sont chargées de détruire ces micro-organismes ; ce sont donc elles dont il faut renforcer la vitalité ; ce ne sont pas les moyens de destruction qu'il faut renforcer, car ils sont tout à fait impuissants.

Or, cette méthode des colloïdes est intéressante puisqu'elle a pour but de renforcer les moyens de défense des éléments cellulaires de l'organisme.

Je n'ai pas expérimenté sa méthode, mais ce que je puis dire, c'est que, en faisant d'autres applications des données que je viens d'exposer, on peut obtenir aussi des résultats intéressants.

Peut-être aurai-je l'occasion dans quelque temps de vous présenter des observations assez intéressantes, notamment un cas pour lequel j'attends un peu, car il est tout à fait récent. J'étais en présence d'un malade qui avait dans une grosse molaire supérieure un abcès considérable, abcès borgne que la radiographie montrait très nettement. Non seulement cet abcès s'est ouvert lorsque j'ai ouvert les canaux, une quantité considérable de pus est sortie, mais lorsque j'ai commencé à faire les pansements, chaque fois du liquide purulent s'écoulait par la racine, bien que le malade ne sentît aucune douleur appréciable pendant le temps que le pansement était en place. Ce liquide séro-purulent remplissait non seulement le canal, mais aussi une partie de la cavité. Dès les premiers pansements j'ai pensé que cela ne guérirait jamais et que j'allais lui faire ou un curettage apical, ou l'amputation pure et simple de sa racine palatine. Néanmoins, en attendant que je prenne une décision, je lui ai fait quelques pansements suivant la technique que j'emploie dans ces cas-là ; j'ai fait pénétrer du chlorure de zinc au delà de l'apex, les mèches faisant piston. Au bout de deux pansements, je m'aperçus que cet écoulement était très notablement diminué ; cela m'a surpris, car je ne m'attendais pas à un résultat aussi favorable dans un cas aussi énorme. J'ai continué, j'ai fait encore un certain nombre de pansements et j'ai eu la surprise agréable de constater, il y a quinze jours, la disparition complète de tout écoulement. J'ai pu boucher la racine de ce patient qui va être radiographié dans quelques jours et je vais voir comment les choses vont se passer.

Ce n'est donc pas ici une question de colloïdes et je ne dis pas que ceux-ci n'auraient pas donné de résultats dans ce cas, mais ils montrent un résultat intéressant en s'attaquant aux réactions des tissus périapicaux. Je me proposais de vous montrer ce cas et un autre, quoique moins grave, que j'ai observé ces temps-ci, car il y a là une démonstration clinique que l'on peut guérir d'une façon certaine l'infection des canaux dans des conditions tout à fait satisfaisantes, alors que l'école américaine déclarait à l'avance qu'aucun canal ne pouvait être désinfecté d'une façon certaine. Quand vous êtes en présence d'un cas comme celui que je viens de vous conter, comme celui que M. Texier vient de nous présenter, cela ne peut pas se nier. Alors que l'apex est resté ouvert, le pus ne se forme plus, il n'y en a plus trace : donc, la lésion est guérie et bien guérie. Ces faits-là sont absolument démonstratifs que l'on peut d'une façon certaine et dans des conditions absolument parfaites guérir des infections même aussi graves que celles que je viens d'indiquer ; a fortiori pouvons-nous dans des conditions beaucoup moins avancées obtenir des désinfections tout à fait satisfaisantes, à condition que le traitement ait été fait dans des conditions convenables.

Voilà les quelques observations que le travail de M. Texier me

suggère, et je le félicite des recherches qu'il poursuit avec ses colloïdes qui, je le répète, me paraissent une médication tout à fait rationnelle pour les cas dans lesquels il les emploie.

M. le Dr Solas. — Je demanderai à M. Texier de bien vouloir nous préciser sa technique. Combien fait-il d'injections ? Quelle quantité ?

M. Texier. — C'est variable selon les cas.

M. G. Villain. — Je voudrais dire un mot au sujet d'une tentative de l'emploi des colloïdes comme stimulants de la défense locale dans les cas d'extraction difficile, particulièrement pour les avulsions de dents de sagesse. Une malade, femme de médecin, avait été opérée par un de nos confrères les plus qualifiés. A la suite de cette intervention (avulsion de la troisième molaire inférieure droite), elle fit des accidents assez sérieux. Elle vint me trouver pour l'avulsion de la dent de sagesse opposée ; malgré toutes les précautions prises et une intervention simple, l'opération fut suivie de douleurs violentes avec cicatrisation excessivement lente. J'eus ensuite à faire une troisième extraction à cette malade (dent de sagesse supérieure). Inutile de vous dire qu'elle n'envisageait pas avec plaisir cette nouvelle avulsion. Je lui fis alors à deux jours d'intervalle trois injections de colloïdes, injections intra-gingivales pour stimuler les cellules dans toute la région ; le résultat au point de vue conséquences opératoires a été parfait : aucun trouble, aucun ennui, pas de douleur, cicatrisation obtenue très rapidement. Depuis, j'ai agi de même dans plusieurs cas d'intervention délicate, soit préventivement, soit après l'opération, quelquefois avant et après. Dans un de ces cas, je n'ai pu éviter cependant une intervention chirurgicale externe (sous-maxillaire) ; la malade, il est vrai, avait été opérée dans des conditions générales des plus défavorables.

M. Texier a-t-il une expérience de cette utilisation des colloïdes, car, je crois qu'il y aurait d'intéressantes recherches à faire dans ce sens.

M. Texier. — Je réponds à M. Solas. En général, je mets des pansements jusqu'à complète cicatrisation ; lorsque la mèche sort sèche, je bouche le canal. Je désinfecte celui-ci par des méthodes chimiques.

Je réponds à M. Villain, je n'ai pas expérimenté ; les injections de colloïdes à titre préventif avant les extractions, mais seulement en pansements. J'emploie à cet effet de toutes petites ampoules contenant une mèche ; j'imbibe ces mèches de colloïdes et les mets dans les alvéoles après les extractions

M. Brille. — Une question de technique : pour les dents du haut, que fait-on pour maintenir le colloïde ?

M. Texier. — Le colloïde n'est pas porté dans les canaux à l'aide de mèches, mais avec une seringue spéciale à cet usage. Dans la chambre pulpaire vous mettez ensuite une boulette de fibre d'amiante, facilement stérilisable et qui n'absorbe pas de colloïde.

M. le Président. — Je remercie M. Texier de sa communication très intéressante ; les radiographies qu'il nous a communiquées la rendent parfaitement claire. Je suis certain d'être l'interprète de tous en le remerciant et en le félicitant.

III. — Ostéite subaigue prolongée du maxilaire inférieur d'origine dentaire, par M. le Dr Winter.

M. le Dr Winter donne lecture de la communication (v. p. 20).

M. Brille. — Quand on a commencé à désinfecter la dent, j'ai dit que, cette dent étant en observation, il faudrait revenir aussitôt les vacances terminées, dans deux mois. Dans l'intervalle, je suis allé voir le malade qui m'a dit que cela allait très bien ; et il est revenu deux ans après. C'est fâcheux quand on voit ce qui est arrivé après cette période ; il a dit avoir eu au moins dix abcès. Ce jour-là, j'ai fait un curettage profond commençant par la première prémolaire droite et finissant à la première inférieure gauche. Cela représente un trajet.

M. le President. — Je remercie mon ami Winter de sa communication. Elle prouve, comme il l'a dit fort justement, qu'en matière d'ostéite subaiguë des mâchoires, on a toujours intérêt à attendre. Il est certain que s'il était intervenu prématurément en cédant à l'entourage du malade : ou bien il aurait fait un sacrifice excessif, ou bien il l'aurait fait insuffisant. Il faut insister sur l'utilité de laisser la nature faire le départ entre ce qui doit périr et ce qui doit être gardé.

Je remercie M. Winter et je le félicite de la forme à la fois précise et élégante de sa communication.

IV. — Un cas de conjonctivite d'origine dentaire, par M. A. Covo.

M. Covo donne lecture de la communication (v. p. 23).

M. Brochier. — Sans pouvoir apporter à mon tour une observation aussi documentée que celle qui vient de nous être présentée, celle-ci me remet en mémoire un fait qui est quelque peu parallèle à celui faisant l'objet de la communication. Il s'agit d'une pyorrhée franche. La patiente était traitée par la sérothérapie et j'avais accidentellement constaté que l'œil droit congestionné avait tendance à ciller. Je n'y attachai pas autrement d'importance, sachant la patiente capable elle-même de constater les lésions qu'elle présentait et de se faire soigner ; le traitement de la pyorrhée fut continué. A la fin du traitement, alors que j'en étais à vérifier les résultats obtenus par le traitement de la pyorrhée, l'œil me paraissant moins congestionné et le cillement ayant moins d'importance, j'eus la curiosité de demander à la patiente si elle n'avait pas constaté d'amélioration à son œil ; elle saisit la balle au bond et me dit qu'effectivement les cillements étaient fortement diminués.

Si l'on cherche par quelle voie l'infection a pu pénétrer, ceci peut être

d'un certain intérêt, car il n'est pas question là de passage direct de microbes par le sinus ; aucun traitement n'a été entrepris en dehors du traitement de la pyorrhée qui, seul, a amené une amélioration de l'œil. C'est là le fait d'une pure constatation ; je n'ai aucun mérite à avoir amélioré l'état de cet œil, mais il est intéressant de constater qu'en dehors des infections internes focales, le traitement d'une infection pyorrhéique peut amener aussi de bons résultats et la cessation de lésions oculaires signalées.

M. le Dr Roy. — J'ai été fort intéressé par l'observation extrêmement bien présentée, très claire et très précise que vient de nous faire notre jeune confrère, et je l'en félicite très vivement. Cette observation vient confirmer, comme il l'a dit tout à l'heure, le travail présenté par Worms et Bercher. Ceux-ci ont montré d'une façon qui semble tout à fait probante que dans la généralité des cas — je crois même qu'ils disent dans tous les cas — les accidents oculaires de cause dentaire se font toujours par l'intermédiaire du sinus. L'observation de M. Covo le montre d'une façon absolument péremptoire, car il nous a décrit dans la phase de début chez son malade, des phénomènes de névralgies qui sont tout à fait caractéristiques : douleur au niveau du malaire, douleur dans le sillon gingivoginien, douleur dans la fosse sous-orbitaire : ce sont là tous les signes d'une névralgie en rapport avec une affection du sinus maxillaire. C'est donc par cette voie que se sont développés les accidents oculaires.

Cette observation est tout à fait intéressante et je félicite vivement notre jeune confrère de nous l'avoir présentée.

M. le Dr Solas. — A propos de l'observation de M. Brochier qui fait une différence très nette entre la propagation de l'infection venant des culs-de-sac pyorrhéiques et de la propagation venant d'une dent atteinte de carie pénétrante, je crois qu'il n'y a peut-être pas lieu de faire une différence très marquée. L'infection siégeant dans le cul-de-sac d'une racine pyorrhéique dénudée au tiers de sa hauteur n'est pas très loin du sinus, surtout dans certaines formes de sinus où les racines font saillie sous la muqueuse. Il est donc possible que la pyorrhée du patient de M. Brochier ait infecté l'os sous-jacent et que la théorie à laquelle notre confrère M. Covo fait allusion puisse être invoquée, même dans le cas de pyorrhée (Propagation par continuité de tissus). Le Dr Roy nous a présenté du reste plusieurs observations de sinusites d'origine pyorrhéiques.

M. le Président. — Je remercie M. Covo et le félicite de sa communication tout à fait remarquable et ne peut qu'appuyer ce que vient de dire M. Roy, confirmant — comme l'a dit M. Covo, lui-même — les observations présentées par MM. Worms et Bercher dans leur rapport.

La séance est levée à 22 heures 30.

Le Secrétaire général, Dr SOLAS.

Société d'Odontologie de Paris

Séance du 8 janvier 1929

(Résumé)

La Société d'odontologie de Paris s'est réunie le 8 janvier 1929, à 8 h. 45 du soir, sous la présidence de M. le Dr Bonnet-Roy.

M. le Dr Chenet et M. P. Housset s'excusent de ne pouvoir faire leurs communications.

M. le Dr Roy présente un très curieux cas d'abcès dentaire chronique ayant migré très loin de son point de départ. L'abcès, ayant débuté au niveau de la dent de 12 ans, inférieure droite a suivi le maxillaire inférieur en cheminant à peu près à la hauteur du canal dentaire, est finalement venu se collecter au niveau de la canine inférieure gauche. Les dégâts considérables ont obligé à sacrifier les six dents antérieures et inférieures. L'extraction de la dent causale a finalement arrêté définitivement et très rapidement tous les accidents.

Un point intéressant à noter est que la dent de 12 ans inférieure droite, cause initiale de ces graves accidents, avait été extraite et réimplantée 30 ans auparavant et, depuis cette époque, cette dent, qui rendait des services au point de vue mastication, n'avait donné lieu à aucun incident.

A propos du cas présenté par M. le Dr Roy une discussion s'engage au sujet de la réimplantation. M. G. Viau et M. le Dr Roy font un résumé historique de cette opération, qui a rendu jadis quelques services et qui n'a pas perdu aujourd'hui toute indication.

M. le Dr Truffert fait un remarquable exposé des *Otalgies à point de départ buccal*. Après avoir présenté quelques observations d'otalgies causées par des lésions diverses, il conclut, en se basant sur l'anatomie des nerfs de la région et en particulier sur la présence récemment démontrée de filets sensitifs dans le nerf facial, à admettre cette voie comme conductrice de la sensibilité.

M. Lentulo expose sa technique relative à l'emploi systématique de pointe d'étain pour l'obturation des canaux radiculaires et spécialement des canaux destinés à recevoir des pivots.

Lors de l'élargissement du canal il trouve un guide précieux pour éviter toute fausse route dans la petite surface brillante que présente le cône d'étain progressivement abrasé par l'instrument élargisseur.

M. le Dr Bonnet-Roy met aux voix une proposition du Bureau de la Société d'odontologie tendant à la constitution d'un Jury chargé d'apprécier les travaux originaux faits par des étudiants inscrits en troisième année de scolarité à l'École dentaire de Paris : MM. Roy, Frey, Delater, Bonnet-Roy, G. Villain, Housset, Lubetzki, Solas, secrétaire général, sont nommés à l'unanimité.

La séance est levée à 11 h. 30,

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 20 novembre 1928

PRÉSIDENCE DE M. CHATEAU

M. Ménard présente une boîte métallique stérilisable contenant tous les instruments nécessaires à l'exécution d'une pulpectomie.

Cette innovation intéressante nous permettra de rendre cette intervention plus facile et plus sûre[1].

Evolution comparée d'une fracture de la mandibule chez l'homme et l'animal.

M. Ginestet Félix rapporte deux observations de fracture, l'une chez l'homme, l'autre chez le chien. Dans la première il est arrivé à un résultat parfait en simplifiant la ligature en échelle décrite par Ponroy et en lui substituant un seul demi-jonc contourné sur la face vestibulaire des dents. Ces observations lui permettent de conclure à l'inefficacité de l'ostéosynthèse chez l'homme à l'animal.

Essai de physiologie mandibulaire chez les carnivores.

M. Lafond étudie très minutieusement l'anatomie dentaire, l'articulé et l'appareil masticateur des carnivores et son travail est très intéressant pour tous ceux que séduisent les considérations sur l'anatomie comparée.

Propos sur un accident de dent sagesse.

M. Gornouec présente l'observation d'un accident de dent de sagesse qui s'est montré au début sous les apparences d'une stomatite à fausses membranes pour prendre ensuite l'allure d'une ostéomyélite et enfin d'une septico pyohémie.

Il pense que peut-être, en pareil cas, les accidents ont été déclanchés par une avulsion un peu hâtive de la dent de sagesse en cause et se demande s'il ne vaudrait pas mieux, lorsque cela se peut, enlever les dents de sagesse à froid après disparition des phénomènes inflammatoires aigus.

Dr CROQUEFER.



Séance du 18 décembre 1928

M. Leclercq présente deux malades, l'un opéré d'une dent incluse, l'autre ayant subi une résection gingivale étendue ; dans les deux cas, les plaies opératoires ont été suturées et l'auteur insiste sur les avantages de cette méthode qui permet de rendre la guérison plus rapide et la cicatrice plus nette.

M. Nespoulous présente un nouveau stérilisateur pour brosse à dent : l'appareil est constitué par un tube en verre et un bouchon contenant du trioxyméthylène.

---

1. On ne peut qualifier cette présentation « d'innovation intéressante » la première boîte pour pulpectomie chirurgicale ayant été présentée par M. P. Housset en février 1926 à la Semaine Odontologique. Publication dans l'*Odontologie*, avril 1926, page 278.

N. D. L. R.

M. Ponroy présente une jeune fille qui, opérée d'une division vélo-palatine, présentait encore une perforation palatine gênant l'élocution. Il fit une plaque obturatrice, mais assure qu'il n'a obtenu de bons résultats que lorsque la malade a suivi les cours de rééducation phonétique.

Il présente, en outre, une méthode de contrôle d'ajustage des appareils de prothèse. Le contrôle est obtenu par la superposition à l'appareil d'une feuille de cire convenablement ramollie. Le tout porté en bouche, permet de voir les points qui portent le plus et qui correspondent à la moindre épaisseur de cire.

M. Crocquefer présente une technique d'exécution des dents à tenon. La chape coulée qui doit servir à l'exécution de la dent à tenon est modelée entièrement à l'atelier sur un modèle en amalgame exécuté sur le principe de ceux employés dans la fabrication des jacket crown. Ce procédé permet au praticien d'économiser du temps et de la peine.

COMMUNICATION

MM. Lattes et Péroz. — A propos d'un cas de staphylococcémie consécutive à une ostéite diffuse du maxillaire supérieur.

Les auteurs rapportent un cas d'ostéite diffuse du maxillaire supérieur compliqué d'une septicémie à staphylocoque et qui se termina par la mort du malade.

Ils rappellent à ce sujet la rareté et l'extrême gravité de ces septicémies dont l'évolution est variable mais le pronostic toujours sévère.

Le diagnostic des formes suraiguës et aiguës se fait seulement par l'hémoculture.

Dans les formes subaiguës ou chroniques on se basera sur les modifications locales (plaque erysipelatoïde de Giroire) sur les métastases (rénales, osseuses, pleuro-pulmonaires, endocarditiques), sur l'allure évolutive de l'affection qui procède par poussées correspondant à des décharges microbiennes.

Le traitement comprend toute la thérapeutique anti-infectieuse générale. Les vaccins, les métaux colloïdaux, la erypaplavine, les abcès de fixation ont donné quelques succès. Mais malgré tout, il faut retenir le pronostic à peu près fatal de la plus grave des septicémies.

D[r] CROCQUEFER.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DENTAIRE

La séance mensuelle de la Société d'Electro-Radiologie dentaire a eu lieu le jeudi 6 décembre, au Foyer Médical, sous la présidence du D[r] Foveau de Courmelles.

Celui-ci prend la parole pour montrer la part que l'art dentaire occupe et peut occuper dans la médecine légale, tant par l'examen direct que par l'examen radiographique.

Il rappelle les cas fameux d'identification par les dents (sinistre du

Bazar de la Charité, etc...) et dégage les responsabilités précieuses que le dentiste peut apporter au médecin légiste.

M. *Devauchelle* cite d'autres faits non moins caractéristiques où notamment, par ses fiches et ses radios, des morts de la guerre ont pu être à coup sûr identifiés.

Mlle *Dancys* présente l'observation et les radios d'un cas de dent surnuméraire apparue entre les deux incisives supérieures de lait d'un enfant de 5 ans 1/2. Cas exceptionnel vu l'âge du sujet.

M. Barail présente les radios d'un homme de 32 ans édenté complet en apparence, à qui le port d'un appareil a fait sortir une dent incluse du groupe incisif. Une radio prise alors montre quatre autres dents incluses groupées en faisceau autour de la première.

La discussion sur le traitement électrique de la périodontoclasie, objet d'un précédent rapport, est reprise et commentée, entre autres par MM. Barail et Devauchelle.

Le secrétaire adjoint, Fernand BROCHIER.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

22e SESSION COLOGNE (2-5 Août 1928)

La F. D. I. a tenu sa 22e session annuelle à l'Université de Cologne. Quinze nations y étaient représentées : Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, France, Hollande, Italie, Luxembourg, Pologne, Portugal, Suisse, Etats-Unis d'Amérique.

Disons tout de suite que l'organisation matérielle et administrative ne laissait rien à désirer et que, grâce au Comité local, présidé par le professeur Zilkens, tout avait été prévu pour assurer aux délégués un séjour utile, commode et agréable. Aussi commencerons nous par adresser au Comité un tribut bien mérité de reconnaisance et d'éloges.

I. — Séance solennelle d'ouverture

La séance solennelle d'ouverture a eu lieu le mercredi 2 août, à 10 heures du matin, sous la présidence du recteur de l'Université, le professeur Zinsser.

Le *Prof. Zilkens* salua l'assemblée, en particulier M. Naumann, Président de la province, représentant du chancelier du Reich, et M. Coerper, bourgmestre adjoint de Cologne.

Le Président Naumann répondit au nom du Reich et du Gouvernement de la Province.

M. Coerper salua, à son tour, les hôtes de la ville.

Le Prof. Zinsser exprima le regret que l'Université n'eût pas un enseignement dentaire complet comme en possèdent les autres Universités d'Allemagne.

M. Aguilar, président de la F. D. I., prit alors la parole pour remercier les autorités de leur présence et de leur appui.

Puis les représentants des nations représentées apportèrent les compliments de leurs compatriotes : MM. Joachim (Belgique), Haderup (Danemark), Schäffer-Stuckert (Allemagne), Guy (Angleterre), Roy (France), Nord (Hollande), Guerini (Italie), Cieszynski (Pologne), Gottlieb (Autriche), Nazareth (Portugal), Jaccard (Suisse), Wheeler (Etats-Unis), Amy (Canada).

Le Président Aguilar rappelle la création du Prix Miller attribué au Prof. Dieck, de Berlin, l'année précédente. Le *Prof. Zilkens* donne lecture du diplôme de ce prix, qui est remis au récipiendaire avec la médaille d'or qui l'accompagne, au milieu de l'ovation des assistants. Le *Prof. Dieck* remercie en allemand, en anglais et en français.

Le Président Zinsser félicite la F. D. I. de son organisation, qui n'a pas son égale en médecine et lève la séance à 11 h. 3/4.

II. — 1re Séance du Conseil exécutif.

Le Conseil exécutif tint séance immédiatement.

M. Nord, secrétaire adjoint, en l'absence de M. G. Villain, secrétaire général, empêché, donne lecture des lettres d'excuses, des invitations de deux sociétés scientifiques (Société d'études et de recherches en commun sur la paradentose et Société allemande d'anatomie et de pathologie dentaire) qui se réunissaient les 4 et 5 août, à l'occasion de la session de la F. D. I., puis du rapport du secrétaire général, qui est approuvé.

M. Van Hasselt, trésorier, donne lecture de son rapport pour 1927-1928 et du projet de budget pour 1928-1929.

MM. Wheeler, Guy et Schäffer-Stuckert sont désignés pour vérifier ces comptes.

M. Aguilar donne lecture de son rapport sur le fonds du Prix Miller.

M. Nord présente une longue liste de candidatures à l'admission dans la F. D. I., qui sont renvoyées aux Comités nationaux pour examen.

La séance est levée à 1 heure 1/4.

III. — Séances des Commissions.

L'après-midi du 2 août, la journée du 3 et la plus grande partie de la journée du 4 furent consacrées aux séances des Commissions, dont l'ordre du jour était le suivant :

A) *Croix-Rouge*

1° Rapport : établissement d'un programme de travail. Relations avec la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge ;

2° Désignation de rapporteurs.

La Commission constitue son Bureau, complète la liste de ses membres et établit un rapport à soumettre au Conseil exécutif dans sa dernière séance (v. p. 48).

B) *Documentation*

1° Rapport sur l'exercice écoulé ;

2° Le centre documentaire international et les centres régionaux de la F. D. I. ;

3° Les Annuaires ;

4° Les Réferats (rapporteur : Dr Hans Egon Bejach) ;

5° La classification de la F. D. I. ;

6° Préparation des questions pour la prochaine session.

L'ensemble des questions traitées par la Commission est résumé

dans le rapport soumis à la dernière séance du Conseil exécutif. Celle du centre documentaire reviendra à l'ordre du jour de la session de 1929.

C) *Hygiène*

1° Rapport du secrétaire ;
2° Rapport du trésorier ;
3° Rapports des présidents des sous-commissions :
  a) Soins dentaires scolaires ;
  b) Soins dentaires publics ;
  c) Institut international.
4° Exécution uniforme internationale d'un projet de cliniques dentaires scolaires municipales et de l'Etat ;
5° Directives pour les soins dentaires publics ;
6° Communications et rapports :
  a) Prof. Viggo Andresen (Oslo). — Influence du sucre sur les organes dentaires (saccharisme et acalcose) ;
  b) A. E. Rowlett (Leicester). — La septicémie buccale dans les hôpitaux ;
  c) Prof. Loos (Francfort-sur-le-Main). — La périodontoclasie chez les enfants et sa prévention ;
  d) Dr J. Brun (Oslo). — I. Traitement des enfants avant l'âge adulte. II. Influence de la nourriture sur le développement des dents chez les enfants. III. Diminution de la fréquence de la carie au point de vue des conditions dans différents pays.
  e) Dr Hauptmeyer (Essen). — Contribution au problème des amalgames relativement aux soins dentaires publics ;
  f) Dr K. Cohn (Berlin). — Les soins dentaires scolaires ;
  g) W. Holder Shipway (Bristol). — Les soins dentaires dans l'industrie ;
  h) Dr Thaddeus P. Hyatt (New-York). — La prévention de la carie.
7° Est-il avantageux pour les soins dentaires publics que les relations entre la Commission d'hygiène et les fabricants de brosses à dents soient reprises ?

La Commission a abordé et épuisé tous les points de cet ordre du jour. Elle a, entre autres choses, recommandé la création d'un Bureau central de statistique de dentisterie scolaire. Elle se propose de préparer, dès à présent, la Section d'hygiène du VIIIe Congrès dentaire international.

Elle demande que les soins dentaires soient compris, au même titre que les soins médicaux, dans les assurances-maladies.

Elle a chargé trois de ses membres d'un rapport sur la septicémie buc-

cale dans les hôpitaux généraux et chargé sa sous-commission de recherches sur l'hygiène dentaire, d'un travail sur le problème des amalgames par rapport aux soins dentaires.

Le résumé de ses délibérations fait l'objet d'un rapport à soumettre au Conseil exécutif dans sa dernière séance.

D) *Législation*

1° Comparaison des traductions dans les quatre langues officielles des statuts et règlements de la F. D. I. en vue de leur exactitude ;

2° Examen comparatif des conditions d'exercice de la profession dans les divers pays.

La Commission établit, d'après le texte anglais arrêté à Philadelphie, une traduction allemande des statuts. Elle formule diverses propositions ayant trait à la modification de quelques articles de ces statuts.

E) *Recherches scientifiques*

1° Le contrôle des méthodes de traitement des racines et rapport sur une nouvelle méthode biologique, par MM. Gottlieb, Schwarz, Stein.

2° Compte rendu du président sur le projet de concours.

Après une longue discussion, la Commission établit un rapport sur les conditions d'un concours international pour le traitement des canaux, rapport qui est discuté à nouveau par le Conseil exécutif dans sa dernière séance.

F) *Presse*

1. Publications de la F. D. I. ;

2° Annuaire international ;

3° Publication par les journaux de résumés des travaux originaux.

La Commission de la Presse s'est occupée tout spécialement du *Bulletin de la F. D. I.* et a adopté diverses mesures relatives à sa modification et à sa publication, mesures condensées dans son rapport final.

G) *Enseignement*

Le cinématographe dans l'enseignement. — Rapporteurs : MM. Balters, Cieszynski, Kantorowicz, Kirk, Lebrun, H. Villain.

La Commission a considéré que l'enseignement par le cinématographe est appelé à rendre les plus grands services dans les études dentaires et établi un rapport dans ce sens présenté à la dernière séance du Conseil exécutif.

* * *

Les travaux de ces commissions furent résumés dans des rapports présentés au Conseil exécutif dans sa dernière séance (5 août) en vue de leur adoption. Nous y revenons plus loin.

IV. — 2e Séance du Conseil exécutif

La 2e séance du Conseil exécutif, tenue le 4 août, à 4 heures de l'après-midi, fut consacrée à la préparation du budget (recettes et dépenses 1928-1929) du Conseil et des Commissions, à l'audition du rapport des commissaires des comptes, à la désignation de M. Wheeler pour remplacer feu le Dr Brophy comme administrateur du fonds Miller ; enfin à l'envoi de télégrammes à plusieurs personnalités, notamment au chancelier de l'Empire.

Le Conseil se séparait à 7 heures.

V. — 3e Séance du Conseil exécutif

La troisième et dernière séance du Conseil exécutif, de beaucoup la plus longue et la plus importante, s'ouvrit le dimanche 5 août, à 9 heures du matin. Nous donnons ci-après le résumé des questions qui furent traitées.

Il est décidé que la création d'un centre documentaire sera mise à l'ordre du jour de la session de 1929.

Il est donné lecture du rapport de M. Joachim sur le *Bulletin*, puis du rapport de la Commission de la Presse sur le même sujet. — Adoption de ce dernier rapport et des modifications proposées pour la publication du *Bulletin*.

Adoption du rapport des vérificateurs des comptes du trésorier, qui ont été trouvés exacts.

Adoption du budget de 1928-1929 (recettes et dépenses) présenté à la séance précédente.

Adoption du rapport sur le fonds du Prix Miller ;

Le rapport de la Commission d'hygiène, qui portait sur les questions inscrites à l'ordre du jour ci-dessus est reçu en première lecture ;

Adoption du rapport de la Commission de recherches scientifiques avec diverses modifications. Nous avons publié dans un précédent numéro ce rapport relatif à l'ouverture d'un concours international pour le traitement des canaux radiculaires.

Il est décidé que les vœux et résolutions présentés au Conseil exécutif devront, à partir de 1929, être écrits au moins dans trois des quatre langues officielles de la F. D. I. et distribués avant le vote.

Adoption du rapport de la Commission de Croix-Rouge et désignation d'une délégation de quatre membres (MM. Jaccard, Drexler, Shipway, Watry) chargée d'établir des relations avec la Commission d'hygiène de la Société des Nations et les organismes de Croix-Rouge.

Adoption du rapport de la Commission d'enseignement concluant à cataloguer au sein de la F. D. I. tous les films d'enseignement dentaire existants, à envoyer à tous les délégués de la F. D. I. dans les divers pays,

un questionnaire sur l'enseignement par le cinéma et à charger MM. Cieszynski (Pologne), Balters (Allemagne), H. Villain (France) de préparer chacun un film pour fixer les meilleures méthodes d'enseignement.

Adoption du rapport de la Commission d'hygiène en deuxième lecture avec diverses modifications .

Approbation d'un rapport relatif à la création d'un insigne de la F. D. I. avec renvoi devant une Commission ;

Approbation d'un rapport de la Commission de documentation se terminant par un certain nombre de vœux relatifs notamment à l'analyse et au résumé des articles de la presse professionnelle ;

Présentation par la Commission de législation d'un rapport proposant des modifications aux statuts, adopté en tant que *recommandation*, les modifications aux statuts ne pouvant être apportées que par les Congrès.

Dépôt par M. Nord d'une proposition relative à l'organisation des Congrès, renvoyée au Comité d'organisation du Congrès de Paris.

Dépôt par M. Nord, au nom de M. G. Villain, du règlement de ce Congrès, qui aura lieu en 1931, la première semaine d'août. Ce règlement sera publié dans le prochain Bulletin.

Admission dans la F. D. I. des candidats dont les demandes ont été approuvées par les Comités nationaux ;

Désignation de MM. Guy, H. Villain et Watry, pour représenter la F. D. I. au Congrès de médecine militaire de Londres en 1929.

La prochaine session de la F. D. I. se tiendra à Amsterdam en août 1929, la date en sera fixée par le Bureau de la F. D. I. dans une prochaine réunion.

Clôture de la session après un vote de remercîments à l'Université et à la Municipalité de Cologne, ainsi qu'au Comité local.

L'ordre du jour ne fut épuisé qu'à 1 heure 1/2 de l'après-midi.

VI. — Réunions scientifiques

Deux sociétés avaient organisé des réunions scientifiques à l'occasion de la session, et y avaient invité les congressistes. *A*). La Société d'études et de recherches en commun sur la paradentose (*Arbeilsgemeinschaft fur Paradentoson-Forschung*), dont la séance avait lieu à 9 heures du matin, à l'Université, avait mis cinq questions à l'ordre du jour :

1° La paradentose comme symptôme de maladies internes (discussion avec rapporteur, co-rapporteurs et orateurs inscrits ;

2° La paradentose dans l'hygiène sociale (Linnert, Nuremberg) ;

3° Y a-t-il une prédisposition à la paradentose ? (Loos, Francfort-sur-le-Main) ;

4° Traitement moderne de la paradentose (Neumann, Berlin) ;

5° Le traitement Dunlop de la paradentose (Werk, Berlin).

B) La Société allemande d'anatomie et de pathologie dentaires, dont la séance avait lieu le 5 août, à 9 heures du matin, également à l'Université, avait six questions à l'ordre du jour :

1° L'anatomie pathologique dans l'enseignement et l'étude de l'odontologie (Discussion avec rapporteur, co-rapporteur et un orateur inscrit ;

2° Les anomalies de l'ectoderme. — La structure de la dentine dans l'ostéopsathyrose (Adloff) ;

3° L'orthologie et la pathologie de l'émail (Graff) ;

4° Présentation d'adamantinomes (Siegmund, Cologne) ;

5° La résorption des dents intactes (Weber, Cologne) ;

6° Contribution à la genèse des dents surnuméraires (Weski, Berlin).

VII. — Exposition

Une exposition de matériel et de fournitures dentaires était installée dans les dégagements de l'Université,

Y était annexée une collection de moulages représentant des cas intéressants provenant de la clinique dentaire scolaire et de la clinique dentaire municipale.

VIII. — Réceptions, banquets, excursions

A côté de ce programme de travail assez chargé, comme on voit, le Comité local avait eu soin d'organiser et de préparer une série de réceptions :

Tout d'abord le mercredi 1er août, à 20 heures 30, réception par ce Comité, au Dom Hôtel, quartier général de la F. D. I., des membres de celle-ci et des sociétés scientifiques allemandes qui tenaient des réunions à l'occasion de la session de la Fédération. Allocutions de bienvenue, orchestre et chœurs.

Le jeudi 2 août, à 2 heures de l'après-midi, excursion aux usines de produits chimiques et de matières colorantes de Leverkusen. Des autobus y emmenèrent les invités et les ramenèrent le soir à Cologne.

Réception des membres de la F. D. I. dans le palais de la Compagnie, *tout en marbre*, visite du musée, description des usines, visite des établissements par groupes, puis présentation de films cinématographiques exposant les expériences biologiques auxquelles se livre le personnel scientifique pour essayer les préparations. A noter en passant que la maladie du sommeil est guérie par un de ces produits. Les invités furent ensuite conduits au *Casino* de la Compagnie où il leur fut servi, aux sons d'un mélodieux orchestre, un véritable festin pendant lequel les vins du Rhin ont coulé à flots. Des cadeaux ont été remis aux visiteurs. Ce somptueux repas fut suivi d'une sauterie.

Le vendredi 3 août, à 8 heures du soir la Municipalité offrait un dîner aux membres de la F. D. I. dans un des grands restaurants de l'Exposition de la *Presse*. Des invitations personnelles leur avaient été adressées directement.

Le samedi 4 août, banquet de la F. D. I. au Dom Hôtel.

Le dimanche 5 août, un déjeuner commun réunissait les congressistes à l'Exposition.

Ajoutons que des cartes de circulation sur les tramways et des cartes d'entrée à l'Exposition de la *Presse* à prix réduit étaient à leur disposition.

Toute cette partie du programme a été irréprochable et l'on ne saurait trop en louer et en remercier les organisateurs. Il ne nous semble pas possible de mieux faire à cet égard ; aussi est-ce avec d'excellents, souvenirs et avec regret que nous avons quitté une ville et des confrères aussi hospitaliers.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Section d'Odontologie

CONGRÈS DU HAVRE (Juillet 1929)

Mon cher confrère,

Le prochain Congrès annuel de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences se tiendra au Havre, en 1929, dans la dernière semaine de juillet.

La Section d'Odontologie m'a fait l'honneur, lors de la session de La Rochelle (1928), de me choisir pour la présider dans ce prochain Congrès. Je désire donc faire tous mes efforts pour assurer à cette session le succès qu'ont eu les précédentes et qui a été si marqué la plupart du temps, depuis 29 ans que l'Association Française pour l'Avancement des Sciences a bien voulu nous accueillir et créer notre Section.

Comme les années précédentes, nos travaux comprendront des communications orales et des démonstrations pratiques et, si les circonstances le permettent, une exposition de matériel et de fournitures dentaires. Je viens donc faire appel à votre sentiment d'intérêt pour notre profession, afin que vous nous donniez votre adhésion à ce Congrès et que vous y apportiez soit une communication, soit une présentation, soit une démonstration. Tout ce qui constitue un progrès, un perfectionnement, une innovation, un tour de main, sera accepté, comme susceptible d'améliorer notre technique.

Les Congrès apprennent toujours quelque chose, cela a été dit et redit ; mais c'est une vérité qui ne saurait être trop proclamée. Ils offrent aux praticiens l'occasion de présenter le résultat de leurs recherches, le résultat de leur expérience, les méthodes nouvelles qu'ils ont imaginées, les perfectionnement qu'ils ont apportés à la technique, tout ce qui est susceptible, en un mot, de constituer un progrès pour la science odontologique et l'art dentaire. Ils offrent, en outre, l'avantage considérable de pouvoir faire passer toutes les idées nouvelles par le crible de la discussion. Ils permettent enfin aux membres d'une même profession de se connaître, de s'apprécier, de resserrer des liens d'amitié.

Vous n'ignorez pas que l'Association Française organise toujours, à l'occasion de son Congrès annuel, des excursions permettant de visiter la région où il a lieu dans des conditions fort avantageuses et très agréables.

J'ajoute que la réduction de 50 % sur les trajets d'aller et de retour consentie avant la guerre par les Compagnies de chemins de fer, supprimée pendant les années qui l'ont suivie, a été rétablie l'an dernier

et sera continuée en 1929 ; c'est là une considération de nature à faciliter votre participation.

Je me plais donc à espérer votre adhésion et votre présence et vous prie de croire à mes sentiments de bonne confraternité.

Le Président de la Section d'Odontologie.
A. BLATTER.

NOTA. — Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages : facilités de voyage, réductions, comptes rendus, excursions, etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Prière d'adresser les adhésions au Secrétaire de la Section, M. Derouineau, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat Général de l'Association.

Le montant de la cotisation est de 30 francs par an, plus un droit d'inscription de 10 francs pour les membres nouveaux.

Membre à vie : 300 francs.

***

Le Congrès du Havre (1929), se tiendra dans la dernière semaine de juillet.

La *British Association for the advancement of Science* a accepté l'invitation qui lui avait été faite d'y assister, et un grand nombre de ses membres y participeront.

Le Comité local chargé de l'organisation de la 53e session est constitué. Son Bureau est composé ainsi :

Président d'honneur : M. Léon MEYER, Député, Maire du Havre.

Président : M. BUCHARD, Adjoint au Maire.

Vice-Président : M. DUPONT, Directeur des Docks.

Secrétaire : M. LOIR, Directeur du Bureau d'hygiène du Havre.

Secrétaire-Adjoint : M. LEGANGNEUX, Chef du laboratoire municipal de Bactériologie.

COMMISSION DU LOGEMENT. — *Président* : M. CAILLATTE.

COMMISSION DES EXCURSIONS. — *Président* : M. le Dr LEROY, Président du Syndicat des Médecins.

COMMISSION DE PROPAGANDE. — *Président* : M. SCHMIT, Président du Syndicat d'Initiative.

COMMISSION DU LIVRE. — *Président* : M. LE BOURHIS, Ingénieur en Chef du Port Autonome.

COMMISSION DES EXPOSITIONS. — *Président* : M. DE CARDAILLAC, Président de la Société de Géologie.

(Extrait du *Bulletin de l'A. F. A. S.*, n° 78, novembre 1928).

BIBLIOGRAPHIE

LUBETZKI. — **Dentisterie opératoire** (Baillière et fils, éditeurs).

Le nouveau traité de *Dentisterie Opératoire* de la collection Godon que M. Lubetzki nous présente, et dont la première partie vient de paraître, constitue un ouvrage d'une haute portée professionnelle où nous tous, praticiens même de longue date, pourrons y puiser des indications utiles en complétant nos connaissances et où l'étudiant pourra trouver un guide basé sur une méthode d'enseignement unique.

L'auteur, professeur de dentisterie, après avoir gravi tous les échelons de l'enseignement, montre sa profonde connaissance de l'étudiant ; il a compris ses besoins et n'a eu qu'une pensée : ménager ses efforts, ne mettant dans son ouvrage rien d'inutile, évitant toute répétition et arrivant par la simplicité de son style à en rendre la lecture agréable, il est en un mot clair et précis.

Jusqu'à présent, l'étudiant avait une compréhension vague et différente des diverses méthodes de dentisterie opératoire ; maintenant, grâce au nouveau traité, le candidat aux examens pourra acquérir dans le minimum de temps le maximum de connaissances.

Par l'effort de l'auteur, l'Ecole dentaire de Paris réalisera avec fruit l'enseignement tel qu'il doit être, puisque, depuis le professeur jusqu'au démonstrateur, il n'y aura qu'une seule technique qui devra être suivie par tout le corps enseignant et, lorsqu'un praticien formé par sa haute direction aura à donner une preuve de sa valeur professionnelle, on pourra tout de suite reconnaître qui l'aura guidé dans sa carrière.

Ce premier volume est divisé en vingt-six chapitres où sont remarquablement traités : la prophylaxie buccale et toutes les opérations pratiques sur les dents naturelles et les parties molles immédiatement en rapport avec elles. L'auteur consacre, au début, plusieurs chapitres à l'instrumentation, aux soins à donner aux dents, aux muqueuses et à la cavité buccale : puis, il procède par ordre, en passant d'abord en revue les diverses phases acheminant à l'obturation et à la conservation des dents, qui feront l'objet d'un second volume, pour exposer d'une façon très complète la pathologie et la thérapeutique dentaire. Il insiste tout particulièrement sur la pyorrhée alvéolaire, son traitement et surtout sur sa prophylaxie.

Avec sa lucidité coutumière, sa grande expérience et son sens didactique avisé, M. Lubetzki a su prendre la responsabilité d'un enseignement moderne contre lequel on ne peut élever aucune critique. Nous attendons

donc avec impatience le second volume et tout laisse supposer qu'il sera comme le premier, un travail des plus appréciés.

Géo ROUSSEL.

Ch. RUPPE. — **Notions d'anatomie bucco-dentaire dans ses rapports avec la pathologie, à l'usage des chirurgiens et des laryngologistes** (Paris, Vigot frères, éditeurs, 1928).

L'auteur a groupé dans un volume de 90 pages trois conférences, faites par lui, au cours de perfectionnement du professeur agrégé Lemaître.

Dans la première, il étudie brièvement l'embryologie dentaire, qui permet de comprendre la pathologie des tumeurs paradentaires et des dystrophies dentaires, et sommairement l'anatomie dentaire pour servir de guide dans le mécanisme de l'avulsion et dans la connaissance de la pathologie infectieuse des maxillaires.

Dans la seconde, il applique ces idées générales à l'étude anatomique médico-chirurgicale de l'infrastructure des maxillaires supérieurs.

La troisième conférence est consacrée à la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Ce travail est illustré de 42 figures et se termine par une abondante bibliographie.

Nouveau journal

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue des mutilés de l'oreille*, organe trimestriel de l'Association des sourds de guerre et des mutilés de l'oreille, dirigée par notre confrère M. Robert Morche.

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

Nous croyons devoir porter à la connaissance de nos lecteurs la nouvelle réglementation du placement d'après la loi du 19 *juillet* 1928, *qui offre de l'intérêt en ce qu'elle s'applique aux mécaniciens pour dentistes.*

LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION DU PLACEMENT

Les dispositions relatives au placement des travailleurs, qui font l'objet du titre IV du livre Ier du Code du travail, ont été modifiées et complétées par une *loi du* 19 *juillet* 1928 (*Journal Officiel* du 21 juillet 1928).

Ces modifications et additions renforcent les mesures de sévérité prises à l'encontre des bureaux de placement payants et, dans certains cas, à l'égard des bureaux de placement gratuits.

En attendant que la jurisprudence vienne consacrer sur divers points l'intention du législateur de remédier aux imperfections de la législation sur le placement, dès à présent, il semble possible de dégager du texte même de la loi nouvelle et de l'exposé des motifs, le schéma des modifications qui ont été apportées, sous ce rapport, au Code du travail.

A. — INTERDICTIONS.

Art. 81.

1° Interdiction aux personnes exerçant l'un des commerces ci-après désignés, de tenir directement ou indirectement un bureau de placement payant ou gratuit.
   Hôtelier,
   Logeur,
   Restaurateur,
   Débitant de boissons,
   Négociant ou courtier,
   Représentant en denrées alimentaires,
      ou en articles d'habillement,
      ou à usage personnel.
   Commerce d'achat et de vente de reconnaissances
      de Mont-de-Piété.

2° Interdiction à ces mêmes personnes d'établir le siège d'un bureau de placement dans les locaux servant en même temps à l'exercice de leur commerce ou dans les dépendances de leur établissement.

Art. 81. 3° Interdiction au gérant d'un bureau de placement (payant ou gratuit) de subordonner le placement à l'obligation de se fournir dans des magasins indiqués par lui.

Art. 81*a*. 4° Obligation pour tout gérant de bureau de placement (public ou gratuit) de fournir, chaque semaine, à l'Office Départemental du placement, une statistique de ses opérations

Art. 82*a*. 5° Interdiction d'effectuer le placement des travailleurs étrangers et le recrutement de travailleurs de toutes nationalités, pour l'étranger et les colonies, sans une autorisation spéciale du ministère du Travail pour les travailleurs industriels, et du ministère de l'Agriculture pour les travailleurs agricoles.

Art. 83. 6° Interdiction aux syndicats professionnels (patronaux et ouvriers, ou mixtes), aux bourses du travail, compagnonnages, sociétés de secours mutuels et autres associations légalement constituées, de créer et de gérer des bureaux de placement gratuits sans autorisation préalable, lorsque le placement des travailleurs appartenant à ces groupements en constitue le but principal

Art. 88. 7° Interdiction de créer et de gérer un bureau de placement payant sans autorisation préalable émanant pour le département de la Seine, de la Préfecture de Police, après avis de l'Office Départemental du placement.

Art. 88*a*. 8° Interdiction aux gérants de bureaux de placement (payants et gratuits) de percevoir ou d'accepter, à l'occasion des opérations faites par eux, des dépôts ou cautionnements.

9° Interdiction aux gérants de bureaux de placement de proposer des emplois qu'ils n'ont pas été chargés de pourvoir.

Art. 88*b*. 10° Interdiction d'afficher et de vendre, soit à l'abonnement, soit au numéro, des feuilles d'offres ou de demandes d'emplois.

11° Interdiction, pour les périodiques, de consacrer plus de la moitié de leur superficie à la publication d'annonces d'offres et de demandes d'emplois.

Art. 102. 12° Interdiction pour un bureau de placement payant autorisé de se livrer à des opérations de placement non déterminées par son arrêté d'autorisation.

B. — Sanctions.

Ces diverses interdictions sont sanctionnées par les *pénalités* suivan-

tes : soit une amende de 16 à 100 francs, soit un emprisonnement de 6 jours à un mois, ou l'une et l'autre de ces deux peines.

En cas de récidive dans les douze mois qui suivent une première condamnation, le maximum de la peine (100 francs d'amende et un mois de prison) est toujours appliqué pour les infractions prévues aux numéros 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 et 12.

En dehors des cas énumérés ci-dessus, les sanctions que l'on vient de lire s'appliquent également à tout tenancier d'un bureau de placement gratuit qui n'aurait pas rempli la formalité de la déclaration préalable à la Préfecture de Police, et qui n'aurait pas renouvelé sa déclaration lors du changement du local de son bureau.

FISCALITÉ

Nous rappelons à nos lecteurs que la majoration de 10 % pour paiement tardif d'impôts au titre de l'exercice 1928 n'est pas due actuellement, mais seulement après le décret qui fixera la date d'exigibilité de cette majoration (vraisemblablement en avril ou mai 1929) ; par contre les frais de poursuite inhérents au retard apporté dans le paiement resteront à la charge du contribuable, le dernier avertissement sans frais est la sommation (feuille verte), tous les avis postérieurs donnent lieu à la perception d'un droit de recouvrement. Nous engageons nos lecteurs à se libérer (dans la mesure du possible) sans retard, afin d'éviter les frais dont il est ci-dessus parlé.

Nous rappelons également qu'avant le 31 janvier courant chaque chirurgien-dentiste doit adresser à son Contrôleur un état des appointements et gratifications touchés par chacun de ses employés en faisant connaître les noms et adresses des bénéficiaires ; s'ils ont eu des avantages en nature, les indiquer sans en évaluer la valeur.

Le chirurgien-dentiste peut se dispenser de déclarer les personnes n'ayant pas eu chez lui plus de 30 jours de présence dans l'année et celles dont les appointements (en espèces et en nature) correspondent à une somme totale annuelle inférieure à 7.000 francs.

Pour répondre aux questions qui nous sont fréquemment posées, nous répétons ici que les chirurgiens-dentistes ne sont pas soumis aux lois sur l'apprentissage et ne doivent pas acquitter la taxe de 0. 20 %.

Seuls, les façonniers sont soumis à la taxe d'apprentissage.

C. Vagné,

Expert-comptable reconnu par l'Etat.



Docteur Maurice ROY

Dentiste des hôpitaux
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
Chef du Service dentaire à l'Hôpital de la Pitié

Service dentaire de l'Hopital de la Pitié



Salle de consultation du chef de service et de ses assistants

Salle de technique opératoire réservée aux élèves

MANIFESTATION DE SYMPATHIE

Les assistants et élèves, ainsi que les collaborateurs infirmiers et infirmières anciens et actuels du Dr M. Roy ont organisé une manifestation de sympathie à l'occasion de son départ, imposé par la limite d'âge, de l'Hôpital de la Pitié où il assurait le Service dentaire. Le haut personnel de l'établissement s'y est associé.

Après des allocutions du Directeur de l'Hôpital, au nom de l'Assistance publique, de M. Haloua, au nom des anciens assistants et du Dr Dubois, au nom des élèves, du personnel et des assistants actuels, il a été fait remise d'un souvenir et d'une plaquette au Dr Roy, qui a remercié. très ému.

Le Président directeur général, le Secrétaire général et plusieurs membres du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris avaient tenu à assister à cette manifestation tout intime.

AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

LA RÉFORME DE LA PATENTE

Reprenant un vœu de M. Fernand Laurent, M. François-Latour avait déposé une proposition relative à la réforme de la patente et tendant notamment à ne plus tenir compte du loyer de l'habitation personnelle pour le calcul de l'impôt.

Sur une intervention de M. de Tastes, l'assemblée a décidé que le vœu serait présenté au ministre des Finances, au cours d'une démarche spéciale, par le président et les membres du bureau du Conseil municipal.

CINQUANTENAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

L'Association Générale Syndicale des Dentistes de France, fondée en avril 1879, sous le nom de *Cercle des Dentistes de Paris*, célébrera son cinquantenaire en avril prochain, au cours de la Semaine Odontologique.

Nous reviendrons sur cette célébration.

LA QUESTION DU PLACEMENT

Nous recevons sur cette question la communication suivante qui offre de l'intérêt pour nos lecteurs.

SYNDICAT DES DENTISTES
DU RHONE
ET DES RÉGIONS VOISINES
6, rue de l'Université, 6
LYON

Lyon, le 21 *janvier* 1929.

*Monsieur le Rédacteur en chef de l'*Odontologie,

A la suite d'un accord avec le Syndicat des Mécaniciens pour dentiste du Rhône et conformément à la loi du 19 juillet 1928, je vous serai reconnaissant de vouloir bien informer vos lecteurs que le placement des mécaniciens pour dentiste se fera à partir du 1er février 1929 par l'Office départemental de placement, 20, quai de la Guillotière, à Lyon.

Nous prions donc les chirurgiens-dentistes de la région lyonnaise et des régions limitrophes de vouloir bien s'adresser à cette administration pour obtenir satisfaction dans la recherche d'un mécanicien.

L'office s'efforcera de leur donner toute satisfaction. De même les mécaniciens en quête de place devront dorénavant se faire inscrire à cet office seul qualifié légalement pour assurer leur placement.

Recevez, etc.

Le secrétaire général,
BUTTREAU.

NÉCROLOGIE

M. Francis Audy, de Senlis, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par le décès de sa femme, Mme Francis Audy, survenu le 22 janvier 1929, dans sa 80e année.

Elle était la mère du Dr Achille Audy, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons nos très vives condoléances à nos deux confrères et à leur famille.

NOUVELLES

Prix de l'Académie de médecine. — Dans sa séance publique annuelle du 11 décembre, l'Académie de médecine a décerné le prix Claude Martin au Dr Albert Bouland, chirurgien-dentiste, pour son travail *Corps étrangers dans l'organisme*, que nous avons analysé dans un numéro antérieur.

Ce prix, d'une valeur de 800 francs, est décerné tous les trois ans, pour récompenser les travaux manuscrits ou imprimés, rédigés en français, quels qu'en soient les auteurs et portant sur l'odontologie, la stomatologie et la prothèse bucco-faciale.

Nous adressons nos vives félicitations à M. Bouland.

Nomination de dentiste militaire. — Par décret du 28 décembre 1928, est nommé au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve (Rang du 15 novembre 1928) M. Chevalier (Fernand-Emile), dentiste auxiliaire à la 10e section d'infirmiers militaires. — Affecté au 10e corps d'armée (*Journal Officiel* du 4 janvier 1929).

Distinctions honorifiques. — Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination au grade d'officier du Nicham Iftikhar de notre confrère M. Edmond Robin Smadja, ancien démonstrateur à l'E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Cernéa, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé officier de l'Etoile de Roumanie (Steaua Romaniei) par décret du 25 août 1928.

Nous leur adressons nos félicitations.

Association générale syndicale des dentistes de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'A. G. S. D. F. aura lieu le dimanche 7 avril 1929, à 9 heures du matin, au Grand Palais, pendant la *Semaine odontologique*.

Association syndicale des Chirurgiens-Dentistes du Sud-Est de la France. — Dans son assemblée générale du 2 décembre dernier, le Syndicat des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France a procédé au renouvellement de son Conseil d'administration. Celui-ci est ainsi composé :

Président : Dr Romieux.

Vice-Présidents : MM. Bernard (Marseille, Cordier (Toulon).

Secrétaire général : M. Maurech.

Secrétaire-adjoint : M. de Bomble.

Trésorier : M. Grether.

Trésorier-adjoint : M. Peironnet.

Membres du Conseil : Benes (Marseille), Bonnafoux (Ajaccio), Buix (Marseille), Bousquet (Cannes), Brodeur (Avignon), Carvallo (Marseille), Gallician (Orange), Oustric (Draguignan), Raynal (Marseille), Samson (Aix), Vaulbert (Salon), Vidal (Nîmes).

Examen de chirurgie dentaire. — La session d'examens de chirurgie dentaire à la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira :

A. — Le *lundi* 27 *mai* 1929 pour l'examen de validation de stage.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 4 et mardi 5 mars 1929, de midi à 3 heures. La mise en série des candidats sera affichée le mercredi 22 mai 1929

B. — Le *lundi* 17 *juin* 1929 pour les 1er, 2e et 3e examens.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 11 et mardi 12 mars 1929, de midi à 3 heures. Les titulaires de douze inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen. La mise en série des candidats sera affichée le mercredi 12 juin 1929.

Société odontologique finlandaise. — La 36e réunion annuelle de la Société odontologique finlandaise a eu lieu le 1er décembre, à Helsingfors.

Troisième Congrès odontologique latino-américain. — A l'occasion du troisième Congrès odontologique latino-américain, qui se tiendra du 14 au 21 juillet 1929, à Rio-de-Janeiro (Brésil), il est organisé dans cette

ville, une exposition internationale d'odontopédagogie, de livres et revues, de matériel et de fournitures dentaires.

Adresser la correspondance y relative Caixa postal, 247, Rio-de-Janeiro.

Mariages. — Le mariage de M. Alexandre Renard, ancien élève de l'E. D. P., avec Mlle Germaine Lannin, tous deux membres de l'A. G. S. D. F., a été célébré le 7 janvier, à Colombes.

Le mariage de M. Lucien Leclerc, ancien élève de l'E.D.P., membre de l'A.G.S.D.F., avec Mlle Alice Lobbe, a eu lieu le 12 janvier à Brunoy.

Le mariage de Mlle Paulette Ory-Lévy, élève à l'E. D. P., avec M. André Jéramec, a été célébré le 16 janvier.

Le mariage de M. Mazière, démonstrateur à l'E. D. P. avec Mme Andrée Schuller, a été célébré dans la plus stricte intimité.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissance. — M. et Mme Claude Theuveny nous font part de la naissance de leur fils Franck.

Nous leur adressons nos félicitations.

Changement d'adresse. — Notre confrère M. André-Lucien Fuchs, D. D. S., membre de l'A. G. S. D. F., établi aux Etats-Unis, nous fait part de sa nouvelle adresse : 116, Central Park South, Circle 2814, New-York.

Erratum

No de décembre 1928, p. 795, 19e ligne, lire : *Je rappellerai d'abord succinctement les principaux inconvénients que l'usage de ce porte-empreinte fait disparaître, etc.*

49e ANNÉE. N° 2 28 FÉVRIER 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

NÉCROSE DU MAXILLAIRE CONSÉCUTIVE A UN ABCÈS ALVÉOLAIRE A ÉVOLUTION ANORMALE

Par le Dr Maurice ROY.

616.716.8 0024

Dans le nombre considérable de cas extraordinaires qui me sont déjà passés entre les mains, il en est beaucoup que je laisse disparaître sans les présenter et c'est souvent un tort, je le reconnais, car ils offriraient souvent un assez gros intérêt ; mais malheureusement le temps me fait défaut ; d'autre part, je ne veux pas non plus abuser toujours de votre bienveillante attention. Je laisse donc perdre ainsi, à mon grand regret, des matériaux très intéressants. Il a fallu dans la dernière séance de la Société d'Odontologie une communication de M. Winter pour me faire souvenir d'un cas tout à fait extraordinaire que j'ai observé il y a bien longtemps; mais j'ai pensé qu'au lieu de vous signaler cette observation d'une façon épisodique au cours de la discussion qui a suivi cette communication, il y aurait peut-être un plus grand intérêt pour vous à ce que je vous la présente d'une façon plus détaillée et un peu plus précise que je n'aurais pu le faire au cours d'une intervention à propos d'une communication.

Il s'agit en effet, comme le porte l'ordre du jour, d'un abcès alvéolaire à forme anormale qui a entraîné des accidents particulièrement graves en même temps qu'extrêmement curieux, comme vous allez pouvoir en juger par l'histoire de ce malade que je vais vous conter.

Cette observation n'est pas d'hier, puisqu'elle remonte à 1910, mais les détails en sont absolument nets et précis dans mon esprit étant donné la singularité particulière du cas. Le malade dont il s'agit est un de mes camarades d'études, un médecin d'une petite ville de Normandie.

Le Dr P... à cette époque avait 46 ou 47 ans environ ; je ne

le soignais pas habituellement, vu son éloignement, mais je l'avais soigné autrefois quand nous étions l'un et l'autre étudiants. Un beau jour, c'était en mars 1910, je vois arriver chez moi tout à fait à l'improviste, mon ami P... qui me dit : « Il faut absolument que tu me reçoives tout de suite ; il m'arrive une aventure tout à fait extraordinaire pour laquelle je tiens à prendre ton avis. » Je m'arrange donc pour le voir après ma consultation et voici ce qu'il me dit :

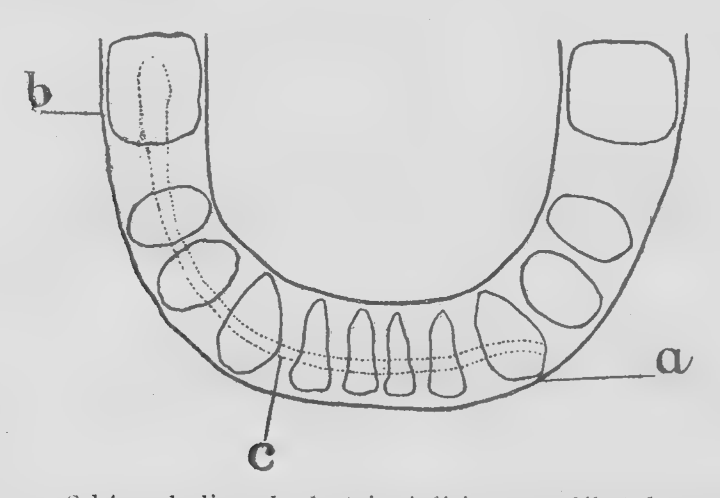


Fig. 1. — Schéma de l'arcade dentaire inférieure au début des accidents.
a. — La canine gauche au niveau de laquelle la suppuration a débuté.
b. — La 2e grosse molaire droite siège de l'abcès alvéolaire causal.
c. — Le trajet intra-osseux suivi par la suppuration au-dessous des dents.

« Il y a environ quatre semaines, j'ai été pris de violentes douleurs suivies d'un gonflement considérable de toute la région mentonnière ; puis, très rapidement, du pus s'écoula au niveau de la *canine gauche* et cette dent non cariée, mais branlante, baignant dans le pus, fut enlevée par un dentiste de mon pays que j'allai voir. Mais les accidents continuèrent et, quelques jours après, on m'enlevait l'incisive gauche latérale branlante et baignant dans le pus ; quelques jours après, c'était l'incisive centrale gauche. Des flots de pus continuaient à sortir par l'alvéole des dents enlevées dont les cloisons inter-alvéolaires disparaissaient et on continua successivement à m'enlever les incisives droites et récemment enfin on vient de m'enlever la canine droite. Toutes ces dents étaient exemptes de carie, mais baignaient dans le pus et on les a en quelque sorte cueillies dans ma bouche. Malgré ces extractions, la suppuration continue d'une façon extraordinaire ;

j'ai un trou béant dans la mâchoire et je viens te demander de m'examiner et de me dire ce qu'il faut que je fasse. »

J'examine alors mon ami et voici ce que je constate, je vous ai fait ici (fig. 1), le schéma de sa bouche avant le début des accidents, j'ai indiqué en (a) la dent qui a été le point de départ apparent des accidents, la *canine gauche*, n'oubliez pas ce détail.

A l'emplacement des dents enlevées, c'est-à-dire les canines et les quatre incisives, je trouve un énorme cratère, rempli de fongo-

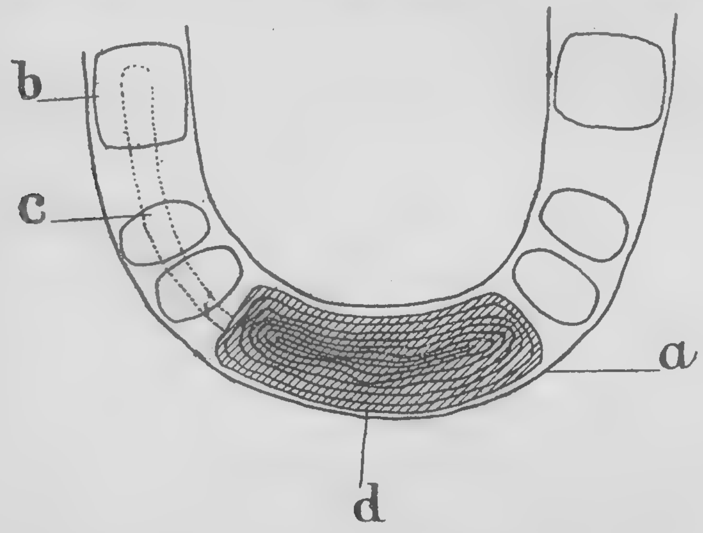


Fig. 2. — L'arcade dentaire inférieure après l'extraction successive des six dents antérieures baignant dans le pus ; les cloisons inter-alvéolaires ont disparu.
a. — Point où a débuté la suppuration.
b. — La 2e grosse molaire droite siège de l'abcès alvéolaire causal.
c. — Trajet intra-osseux suivi par le pus sous les alvéoles des deux prémolaires.
d. — Vaste cratère suppurant rempli de fongosités au fond duquel s'ouvrait le trajet fistuleux intra-osseux.

sités suppurantes, limité, en avant et en arrière, par les bords alvéolaires antérieur et postérieur non détruits, et latéralement par la première prémolaire de chaque côté ; les cloisons alvéolaires ont complètement disparu et le fond de ce cratère s'étend jusqu'à la portion basilaire de l'os, au-dessous de la région alvéolaire (fig. 2). Les prémolaires qui limitent latéralement l'excavation sont saines et encore solides des deux côtés.

Je cherche à explorer cette énorme gouttière ; je sens une cavité entièrement osseuse, s'étendant profondément en bas, comme je viens de le dire, mais je ne puis rien voir en raison de la suppuration et de l'hémorragie profuse que provoquait le moindre attouchement des fongosités remplissant l'excavation. J'écouvil-

lonnai celle-ci et je fis un tamponnement en disant à mon ami de revenir me voir le lendemain. Le lendemain, je retire mon tamponnement avec précaution, mais un flot de pus et de sang sort de nouveau, impossible de rien voir ; je recommence mon tamponnement, mais le lendemain, même tableau ; je ne puis rien voir. Je me décidai alors à curetter cette cavité pour voir un peu ce que je trouverais, j'enlevai toutes les fongosités, mais ne trouvai aucun séquestre mobile, cela saigna énormément, je tamponnai fortement renvoyant mon malade au lendemain. Le lendemain, cela suppurait toujours abondamment, je retamponnai. et le surlendemain de ce curettage, je constate toujours de la suppuration, mais l'hémorragie étant un peu jugulée, je m'aperçois, en épongeant la cavité, que le pus sort d'un orifice situé très au-dessous de la première prémolaire inférieure droite.

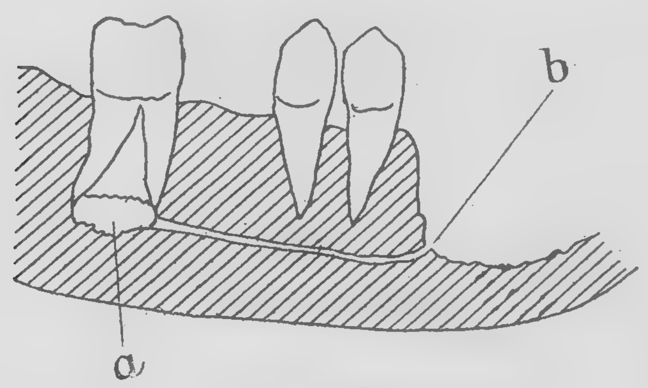


Fig. 3. — Coupe verticale de la figure 2.
a. — L'abcès alvéolaire de la 2e grosse molaire droite.
b. — Le trajet fistuleux intra-osseux passant sous l'alvéole des deux prémolaires et venant s'ouvrir au fond du cratère osseux antérieur.

Je prends alors un stylet fin et souple, je l'introduis dans cet orifice, je n'éprouve pas de résistance, je pousse, je pousse et mon stylet s'enfonce sous les deux prémolaires d'environ quatre centimètres, devinez jusqu'où... ? Jusqu'au niveau de la *deuxième grosse molaire droite* (fig. 3). J'examine cette dent : elle portait une énorme obturation d'amalgame et elle était incontestablement morte. Je dis à mon ami : « La cause de tes abcès, la voilà ». Il me répondit : « Mais cette dent ne m'a jamais fait mal, voilà trente ans, qu'elle m'a été obturée après avoir été réimplantée par X... ». C'était un confrère de Normandie que j'ai connu — il est mort depuis longtemps — qui

avait une technique un peu *spéciale*. Il faisait, en effet, des réimplantations d'une façon un peu particulière ! Il enlevait les dents, les obturait et les remettait tout de suite sans soigner les canaux ; c'était vers l'âge de 15 ou 16 ans qu'on avait fait cette opération à mon ami qui en avait alors 47.

Je n'attendis pas un instant et je lui enlevai aussitôt cette dent : le lendemain, pour la première fois depuis que ces accidents avaient éclaté, la suppuration était complètement disparue et ne s'est jamais reproduite.

La deuxième grosse molaire droite que j'ai enlevée présentait tous les signes d'une carie du quatrième degré, avec infection profonde des racines et un abcès alvéolaire vulgaire, mais celui-ci était venu s'ouvrir dans le canal dentaire inférieur, le canal mandibulaire, et il avait ensuite fusé dans le diploé, passant en tunnel sous les deux prémolaires qui sont restées saines, qui n'ont même pas eu leur pulpe mortifiée par la suite ; il a filé ensuite sous la canine et les incisives droites et gauches et est venu sortir enfin au niveau de la *canine gauche* (fig. 1).

Après l'extraction de la deuxième grosse molaire, le stylet enfoncé dans l'orifice situé au-dessous de la première prémolaire ressortait par l'alvéole de la dent extraite.

Voilà donc, comme vous le voyez, et comme je vous l'avais annoncé au début, une observation tout à fait extraordinaire puisque, comme je vous l'ai fait remarquer, la première dent où la suppuration se soit manifestée et qui fut enlevée, était la *canine gauche*, alors qu'il s'agissait d'un abcès alvéolaire dû à la *deuxième grosse molaire du côté droit*. La nature du processus morbide n'est pas discutable, car, la dent causale enlevée, cette suppuration considérable qui avait causé des ravages énormes a disparu instantanément.

La cavité osseuse s'est rapidement cicatrisée et, un mois après, elle l'était suffisamment pour que j'aie pu placer à mon ami un appareil prothétique afin de réparer l'immense perte de substance qu'il avait subie. Il n'a plus jamais eu d'accidents depuis 18 ans, il est en excellente santé et n'a d'autre souvenir de cette aventure que l'appareil prothétique qu'il est obligé de porter.

Vous ne vous étonnerez pas que je n'aie pas fait radiographier mon malade, car vous savez qu'à cette époque la radiographie dentaire n'était pas ou était très peu employée.

Telle est l'observation que j'ai eu l'occasion de faire il y a dix-huit ans.

Quelquefois, je vois des confrères qui vont chercher des choses très compliquées pour expliquer des cas très simples : c'est évidemment un travers d'esprit contre lequel il convient de se mettre en garde. Cependant, comme vous le montre cette histoire, s'il faut s'élever contre la tendance qui aurait pour effet de toujours voir des choses extraordinaires là où il n'y a que des choses simples, il serait également fâcheux de ne jamais penser à des relations de cause à effet extraordinaire, car cela est parfois possible, cette observation, en est la démonstration évidente.

(*Voir la discussion de cette communication page* 89 *du présent numéro.*)

A PROPOS DE TROIS CAS D'OTALGIE D'ORIGINE BUCCALE

Par M. le Dr TRUFFERT,

Ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris.

616.31

C'est à l'occasion des trois observations suivantes que nous est apparu l'intérêt de cette communication :

OBSERVATION I. — Mme C..., 48 ans, nous est adressée le 20 décembre dernier, pour une otalgie. Cette otalgie remontait à cinq ou six jours, s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile à 37°8. La malade précisait au cours de l'interrogatoire que le début avait été marqué par un coryza grippal avec malaises, courbature et dysphagie légère, en somme, par un léger mal de gorge. Celui-ci avait cédé en deux ou trois jours. Après une période d'accalmie était apparue une douleur sourde dans la région auriculaire, douleur sur laquelle se greffaient des exacerbations paroxystiques. Ces exacerbations semblaient être provoquées beaucoup plus par les déglutitions à vide que par celle du bol alimentaire, le malade ne signalait aucune diminution d'audition.

A l'examen otoscopique, la membrane tympanale se montre absolument normale. Les fosses nasales se présentent comme enflammées sans exsudat ni sécrétions : le pharynx est légèrement rouge, mais au niveau de l'amygdale droite, au niveau de son pôle inférieur, accessible seulement lorsqu'on déprime fortement la base de la langue, apparaît une tuméfaction rouge, lisse, tendue, au sommet de laquelle on voit un orifice cryptique fermé ; partout ailleurs l'amygdale paraît normale. La pression au niveau de l'inflammation montre une induration et réveille les irradiations otalgiques. Les champs ganglionnaires sont indemnes de toute réaction. Il s'agit dans ce cas d'un petit abcès cryptique polaire inférieur qu'une pointe de galvanocautère, posée au niveau de l'orifice, suffit à évacuer et à guérir. Le contenu était un pus caséeux et fétide qui, laissé à lui-même, représentait une lithiase en formation.

OBSERVATION II. — Mme L..., 22 ans, couturière. Le 22 décembre nous sommes appelé auprès de cette malade pour une otalgie sans fièvre, consécutive à un phlegmon périamygdalien gauche.

Le début remontait à quarante-huit heures, la malade ayant présenté brusquement un mal de gorge sans fièvre, mais d'emblée s'était installée une irradiation douloureuse vers l'oreille qui avait pris rapidement un caractère si intense que l'on nous a demandé de contrôler l'existence probable d'une infection auriculaire, d'autant plus que la malade se

plaignait d'un bourdonnement, accusait une très légère diminution d'audition de ce côté.

Le soir où nous la vîmes commençait à apparaître une douleur, une otalgie, du côté opposé, à droite.

A l'examen, cette malade présente des tympans absolument normaux, par contre, elle présente une voix sourde ayant tout à fait un caractère amygdalien.

A l'examen, les amygdales et le voile du palais ne sont pas rouges, ne sont pas tendus, ne sont pas enflammés. Du côté gauche cependant existe une voussure dont la localisation plus externe semble refouler en bloc l'amygdale et sa loge.

De ce côté, malgré un trismus léger on arrive à apercevoir la région de la dent de sagesse inférieure actuellement en évolution. Alors que la moitié antérieure de la couronne se dégage, la moitié postérieure est recouverte par la muqueuse tuméfiée qui semble beaucoup plus être celle du pilier du voile plutôt qu'un fragment du capuchon. Nous sommes en présence là de la forme bien décrite par M. le Prof. Escat des accidents de la dent de sagesse dans laquelle la réaction inflammatoire se fait à la face interne de la branche montante du maxillaire simulant un phlegmon périamygdalien.

Du côté opposé, la dent de sagesse également en évolution apparaît ; elle est douloureuse sans qu'il y ait de réaction. En présence des symptômes douloureux nous décidons d'enlever les dents de sagesse.

Du côté de l'inflammation, la mobilisation de la dent ouvre et évacue une collection interne. L'avulsion est d'ailleurs facile et effectuée sans incident ; la dent symétrique, du fait de sa déviation, fut plus difficile à extraire. L'intervention a supprimé l'otalgie, mais la malade a présenté pendant trois jours des crises névralgiques le long du nerf dentaire inférieur malgré une alcoolisation préventive du nerf à l'épine de Spix.

Observation III. — Le 15 novembre 1928, M. D..., 45 ans, cafetier, nous est adressé pour une otalgie due « très probablement, dit le confrère qui nous l'a adressé, à un néoplasme pharyngé du fait de la présence d'un gros ganglion sous-maxillaire ». Le malade, homme intelligent, racontait l'histoire suivante : Depuis trois ans, il présentait dans la région sous-maxillaire droite un gonflement intermittent, gonflement douloureux et ayant à plusieurs reprises cédé après une évacuation de pus et de sang.

Chacune de ces poussées s'était accompagnée de cette même otalgie, mais dans l'intervalle il y avait eu une sédation absolue jusqu'à il y a trois mois. Depuis ce moment la douleur s'était faite continue, aiguë, bien que intermittente, elle semblait se réveiller beaucoup plus par la mastication que par la déglutition.

A l'examen, le tympan s'est montré absolument normal. Le plancher

de la bouche, dans la partie antérieure, les tissus ont toute leur souplesse ; peut-être une légère induration le long du prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire. Mais quand le doigt atteignait la partie postérieure, il sentait une masse régulière arrondie, dure. Cette même masse, la main la percevait très nettement dans la partie postérieure de la région sus-hyoïdienne latérale droite ; il devenait évident que ce qui était intéressé était non pas le système ganglionnaire, mais la glande sous-maxillaire (pôle postérieur), dans laquelle était enclavé un calcul du volume approximatif d'une amande. Une radiographie nous a d'ailleurs confirmé ce diagnostic ; le seul traitement à proposer était l'ablation de la glande sous-maxillaire en même temps que du calcul. La proximité d'une période d'activité professionnelle intense a fait désirer au malade de surseoir à l'intervention.

Ces trois observations nous ont paru intéressantes par la concordance de l'otalgie, qui dans les deux premiers cas avait acquis une intensité telle que des praticiens éclairés avaient cru devoir mettre en avant l'hypothèse de la possibilité d'une otite.

L'otalgie, symptôme des ulcérations du carrefour aéro-digestif, est bien connue depuis longtemps. Mais ce qui est moins précisé, c'est le caractère tout particulier de cette otalgie.

Elle présente avec un type névralgique indiscutable des douleurs vives, en éclair, bien différentes de la douleur sourde, profonde, pulsatile, incessante, de l'otite moyenne aiguë. C'est surtout une douleur du conduit du pavillon, et non pas une douleur d'oreille moyenne. Elle ne s'accompagne d'aucune diminution d'audition, et les bourdonnements signalés dans la deuxième observation, étaient un phénomène connexe et non pas corrélatif de l'otalgie. Dans ce cas, en effet, le bourdonnement était dû au fait que la collection juxta-mandibulaire était entourée d'une réaction inflammatoire qui, proéminant de la face dorsale du voile du palais, avait gonflé le pli du releveur, soulevé par le péristaphylin interne et obstrué légèrement l'orifice tubaire. L'otalgie dans tous ces cas, est due à une irritation du plexus-pharyngien et de filets venus de la corde du tympan. Par là les filets gagnent les faisceaux sensitifs mis en évidence par Ramsay Hunt, dans le territoire du nerf facial.

(*Voir la discussion de cette communication page 93 du présent numéro.*)

GUIDE-REPÈRE POUR LA PRÉPARATION DE LOGES RADICULAIRES POUR PIVOTS

Par M. LENTULO.

616.314 × 611

L'ordre du jour le permettant, le Dr Solas m'a invité à vous entretenir un instant, sous la désignation générale d' « incidents de la pratique journalière », d'un cas qui est plutôt un accident et qui heureusement n'arrive pas assez souvent pour pouvoir le faire entrer sans forcer un peu dans la rubrique des incidents journaliers.

Il s'agit de la pénétration involontaire dans le ligament alvéolaire au cours de la préparation de dent ou racine, en vue de l'installation d'un pivot.

La possibilité de créer un faux canal, de ne plus se trouver dans l'axe de la dent, de passer et d'aller tomber dans le ligament est un accident qui arrive — j'en ai observé plusieurs — je crois qu'il m'en est quelques-uns d'imputables.

Un dernier exemple décélé par une radiographie, cas sans particularité spéciale, mais récent, qui me fait saisir l'occasion de parler de ces cas pour lesquels je vous propose une manière d'opérer devant les éviter facilement.

Il y a plusieurs façons de préparer ces loges à pivots. Personnellement, comme, je crois, la plupart des praticiens, je ne m'autorise à entreprendre ce travail prothétique que lorsque le traitement du canal est complètement achevé et la mise en observation terminée.

De parti pris, je ne désire pas m'occuper à creuser une loge de pivot dans un canal, sans que celui-ci soit déjà complètement bouché.

Mais, il se trouve ainsi que quelquefois on n'a plus aucune donnée sur la direction de certaines racines, surtout pour les incisives latérales supérieures par exemple, qui sont très petites, en malposition souvent, ou encore pour les prémolaires bifides. En somme, racines petites où l'erreur de direction permise, avec une fraise en mouvement, est dans une marge très étroite.

Je propose donc (et c'est la pratique qui m'est habituelle, me donnant depuis des années toute tranquillité au moment de l'opération), d'introduire dans le canal, aussitôt qu'on vient de l'obturer avec une pâte antiseptique ou autre, une pointe d'étain mise au lieu de la pointe de gutta qui pourrait être employée pour l'obturation du canal.

Cette pointe d'étain peut s'obtenir facilement en la découpant avec un fin ciseau sur le bord d'une plaque d'étain ayant à peu près 5/10[es] de millimètre d'épaisseur. Elle sera autant que possible effilée et sa longueur, variable selon les cas, devra mesurer, au moins, la longueur future du pivot envisagé.

Cette mince tige peut s'introduire aisément dans le canal rempli de pâte molle. On abandonne le tout comme d'habitude pendant quelques jours. Après quoi, au moment où l'on intervient pour creuser la loge du pivot, la pâte, durcie, a emprisonné la pointe d'étain qui manifeste son utilité dès qu'on aborde avec une fraise l'orifice du canal à aléser.

En effet la tête de fraise ronde (qui peut avoir dès le début du travail le diamètre du futur pivot) crée une petite cupule dans le métal blanc tendre, qui, sous un faisceau lumineux direct ou indirect, brille à la manière d'un minuscule miroir concave.

Ainsi le jeu de la lumière sur ce miroir d'étain permet de suivre avec la fraise la direction du canal aussi loin qu'ira cette pointe d'étain.

Si le point brillant disparaît à la vue et que l'on soit assuré que ce n'est pas le fait de poussières non évacuées, l'on peut être assuré que l'on fait fausse route et qu'il convient de s'arrêter. Il y a bien des probabilités pour qu'à ce moment la longueur de loge acquise suffise à admettre un pivot convenable.

Il est bien évident qu'avec une adresse, même moyenne, la pratique ordinaire permet d'établir des pivots sans faire des perforations. Toutefois, en ce qui me concerne, pendant longtemps, je n'ai jamais abordé ce travail sans une certaine angoisse, que je n'ai absolument plus depuis les quatre ou cinq ans que l'emploi de ce procédé m'est devenu pour ainsi dire indispensable.

REVUE DES REVUES

LE RADIOGRAMME COMME AIDE DU DIAGNOSTIC

Par J. ORTON GOODSELL, junior.

Le radiogramme n'est pas infaillible, mais il reste le meilleur élément de diagnostic dans les affections buccales : bien utilisé concurremment avec d'autres méthodes, il peut prendre une valeur indispensable dans tous les cas. Après les extractions simples où le radiogramme n'est pas indiqué, il faut explorer avec soin la poche alvéolaire pour déterminer après l'opération si l'os est normal ou s'il doit le devenir en vertu de l'extraction.

Tous les patients qui sont examinés pour des troubles somatiques devraient subir un examen radiographique complet de la bouche et non seulement des zones partant des dents, mais même des espaces édentés. Il est essentiel de savoir si le patient présente une infection résiduelle à la suite d'extractions antérieures, s'il a une racine surnuméraire, ou de voir l'état des tissus entourant les dents. On rencontre parfois des incisives et même d'autres dents, semblant, à première vue, normales et de bonne coloration, mais infectées à leur apex, ceci dû à un traumatisme dont le patient peut avoir ou non conservé le souvenir. Tous les patients ayant des maux de tête non attribuables à des affections de l'œil, et spécialement des douleurs sourdes attribuées aux branches motrices du trijumeau, subiraient un examen radiographique complet de la bouche, pour localiser les infections possibles ou les dents non encore parvenues à éruption.

Si nous prenons les radiogrammes sur des bouches édentées, si l'on n'a pas l'idée de marquer comment les films ont été exposés, il est bien difficile de déterminer après développement quelle zone représentent ces films. Pour opérer plus facilement, on peut se servir avec avantage de ciseaux, d'un crayon et d'un papier. Supposons par exemple un radiogramme de la région maxillo-molaire. Avant de commencer ce radiogramme, il faut analyser la situation et déterminer le nombre et la position des films à prendre, puis marquer sur une feuille de papier comment les films doivent être pris.

Il faut alors exécuter le film qui a été bien exposé, et, avant d'en présenter un autre, couper un petit coin du film avant de le mettre à sa place définitive. Puis retourner au diagramme déjà fait et, avec un crayon, marquer le triangle représentant la zone maxillo-molaire gauche exactement à la même place et de la même manière. La marche à suivre

est la même dans le film de la bicuspide maxillaire gauche, sauf que la coupure et le marquage sont un peu différents ou dans une position différente sur le film. Procéder alors de la même manière tout autour de la bouche et, quand les films sont développés et séchés, on peut les monter très rapidement et sans erreur. En suivant cette méthode, on évitera de voir sur le côté gauche une racine qui s'insère sur le côté droit.

Les dents non parvenues à éruption ou les racines résiduelles peuvent être souvent localisées d'une façon mésiodistale, supérieure ou inférieure, en usant d'une marque convenue sur le film et, en mesurant la distance de celle-ci à la racine de la dent, sur une petite baguette, cette mesure est reportée du film dans la bouche et une incision faite au point marqué.

On doit examiner systématiquement les radiogrammes dentaires pour s'assurer qu'on n'a omis aucune possibilité pathologique. La ligne autour des dents (lamina dura) doit être complètement tracée et l'on doit noter toute solution dans sa continuité attribuable à une destruction anormale. Il faut noter aussi si le tissu osseux interproximal présente une irritation gingivale. On examine alors les couronnes des dents, dans le but d'y trouver des caries. On examine la pulpe et les obturations défectueuses, et l'on termine par un examen du maxillaire pour voir s'il n'y a pas de racines, de kystes, d'infections résiduelles, ou de dents non parvenues à éruption. Ces films ainsi examinés ne laissent qu'une faible prise à l'erreur.

S'il se pose une question concernant une zone radiographiée, on peut prendre un ou plusieurs films à différents angles.

(*Dental Record*, mars 1928, p. 167, d'après *Dental Digest*, août 1927).

LES LÉSIONS DES TISSUS DANS LA PYORRHÉE

Par le Dr Bernard GOTTLIEB (Vienne, Autriche)

Si nous voulons décrire les processus pathologiques d'un appareil donné, il nous faut comprendre clairement le processus normal. Nous devons chercher à comprendre la biologie comme un tout et ne point nous confiner dans une petite portion. Si, d'un point de vue biologique, nous étudions avec réflexion le développement et la décadence des tissus vivants, nous voyons que les limites tracées entre les diverses sphères des sciences naturelles ont été créées artificiellement et sont peu fondées sur la nature des processus eux-mêmes. Les transitions sont graduelles du tissu jeune au vieux, du normal au pathologique ; une séparation est un obstacle à comprendre. En conséquence, les chercheurs feront bien de regarder les choses dans leur totalité, c'est-à-dire d'un point de vue biologique.

Aussi, bien que nous devions surtout parler de la chute des dents, nous envisagerons d'abord leur développement. Au moment de sa formation, l'émail est intimement joint aux améloblastes. Ces derniers contiennent dans les tissus voisins l'épithélium extérieur de l'émail. Si, après formation de l'émail, les améloblastes sont résorbés, si le stratum intermédiaire et la pulpe de l'émail sont atrophiés, l'épithélium externe de l'émail est comme intimement fixé, d'une façon organique, à la surface de l'émail, comme l'étaient auparavant les améloblastes. Il n'y a pas de démarcation réelle entre les deux tissus. L'éruption de la dent se fait de telle façon que le sommet de l'épithélium de l'émail se réunit à l'épithélium buccal. Il se forme un orifice au point d'union, et cette partie découverte de l'émail fait saillie dans la bouche. Tout le reste de l'épithélium extérieur de l'émail est joint à la surface de l'émail comme précédemment. L'éruption ultérieure de la dent se fait de telle sorte que la dent se met en mouvement vers la ligne occlusale, et que l'épithélium externe se détache de la même manière de la surface de l'émail. Si la dent atteint son antagoniste, nous parlons cliniquement d'éruption complète. Nous croyons alors le développement de la dent terminé et suivi d'une pause, comme pour tout autre organe de l'être humain, en commettant l'erreur de prendre un degré de développement pour l'équilibre complet. Si à la dernière phase, le processus s'accélère, nous cherchons en vain l'origine de ce processus nouveau en apparence, qui n'est rien qu'une phase accélérée d'un simple phénomène biologique.

Nous ne rompons pas la continuité de ces phases, et tiendrons pour terminé le développement des dents au moment où elles ont atteint la ligne occlusale. En fait, la correction du détail histologique nous forcera à garder un œil sur ces processus. Quand les dents ont atteint la ligne occlusale, le détachement de l'épithélium extérieur de l'émail n'est pas avancé aussi loin qu'on l'a cru, surtout au niveau de la jonction amélo-cémentaire. Vers la 15e année, le fond de la poche est généralement voisin de la ligne située entre le tiers moyen et le tiers cervical de la couronne anatomique. Le dernier tiers est encore attaché à l'épithélium extérieur de l'émail, et il est probable qu'à cette période, la calcification de ces parties peut encore se produire. Après elle, l'éruption de la dent est un peu ralentie. La dent sort de l'alvéole, pendant que l'épithélium continue à se détacher de sa surface. Si à la fin de l'éruption clinique des dents chez les divers individus la rapidité d'éruption est peu variée, elle le devient davantage à partir de ce moment.

Nous savons que, chez les enfants rachitiques, le degré d'éruption est très diminué. Comparée à une éruption normale, la différence peut être de plusieurs années ; à l'âge adulte ces différences peuvent augmenter par décades. Dans un cas, le fond de la poche dépasse la jonction amélo-cémentaire en plusieurs points, longtemps avant la 20e année. Dans un

autre, le fond de la poche est encore sur l'émail à 40 ans. Nous rappelons seulement le fait que, de ce point de vue, l'éruption retardée du rachitisme, que nous appellerons pathologique, prend un aspect différent. S au cours de l'éruption ultérieure, le fond de la poche touche la ligne amélo-cémentaire, il en résulte un accroissement de l'épithélium vers le bas, et, avant que ce point soit atteint, l'épithélium se trouve donc joint à la dent sur une grande surface de cette dernière. C'est ce que nous appelons « l'attache épithéliale ». Le fond de la poche ne s'arrête pas plus loin sur la jonction amélo-cémentaire que sur un autre point de la surface des dents. Le fond de la poche ne passe jamais la ligne amélo-cémentaire en même temps à chaque dent. Il ne dépasse pas cette ligne d'une façon uniforme le long de la circonférence d'une dent donnée. L'éruption est tout à fait indépendante de la ligne amélo-cémentaire. Nous n'avons pas le droit de parler d'éruption de la couronne anatomique comme d'un événement complet en lui-même. Biologiquement parlant, nous considérons l'éruption de la dent comme un tout indépendant d'une séparation entre la couronne et la racine.

Avant de poursuivre plus loin, il nous faut mentionner les conditions de formation de la cuticule. Avant que l'émail soit complet, les améloblastes peuvent former une cuticule d'un micron d'épaisseur, susceptible de se calcifier. Mais ce n'est pas en réalité cette structure qui est généralement regardée comme résistante à l'action des alcalins et des acides. Chimiquement, elle n'est pas différente en tous points du reste de l'émail. D'autre part, le feuillet externe de l'organe de l'émail est capable de former une cuticule d'environ quatre microns d'épaisseur avant de se détacher de la surface de l'émail. Celle-ci est résistante aux alcalins et aux acides. Leur pénétration dans les lamelles de l'émail peut être arrêtée par cette substance. Dans l'évolution de la poussée épithéliale le long du cément, il se forme un stratum identique à la surface de la racine. Cette cuticule mérite alors pleinement le nom de « cuticule dentaire », couvrant, comme elle le fait, la couronne et la racine. Insistons seulement sur le fait qu'il est de grande importance, dans l'étiologie des caries dentaires, de couvrir la surface des dents et d'obturer les fissures de l'émail avec une substance résistant aux alcalins et aux acides. La position relative du fond de la poche correspond à celle de la crête alvéolaire. Dans les relations réciproques entre ces deux éléments, nous ne devons pas imaginer qu'une distance définie est fixée à l'état normal, et que les variations en sont pathologiques. Les possibilités physiologiques varient dans de larges limites, comme le fait la longueur de l'attache épithéliale. L'atrophie de la crête alvéolaire, concordant avec le déplacement du fond de la poche, peut être regardée comme une partie intégrale de l'éruption physiologique de la dent.

Pour mieux comprendre, nous appellerons « couronne clinique « la

partie de la dent qui va du fond de la poche au sommet de la couronne. Si la ligne occlusale est atteinte, la couronne clinique présente une longueur des deux tiers de celle de la couronne anatomique. Au cours de l'éruption ultérieure, la hauteur de la couronne clinique reste constante dans le cas idéal. La longueur de la couronne clinique est le levier extra-alvéolaire de l'appareil masticateur. Les conditions étant les mêmes, plus long est le levier extra-alvéolaire, plus grand est le mouvement exercé sur l'appareil de préhension dans l'acte de la mastication. L'usure constante des surfaces masticatoires au cours de l'éruption est nécessitée par ce fait que la croissance des dents gêne l'occlusion des dents de devant, les molaires étant plus près du pivot de la mâchoire inférieure. Il y a encore deux autres possibilités par lesquelles on peut obtenir le même résultat : d'abord, les incisives peuvent pousser plus vite que les molaires, ou les molaires peuvent être descendues à l'intérieur de la mâchoire, suffisamment pour se trouver sur la même ligne que les incisives. Dans ce dernier cas, un grand effort s'exerce sur l'appareil suspenseur des dents. Dans le règne animal nous trouvons que l'usure des surfaces occlusales est comme le régulateur normal de l'articulation. C'est probablement la méthode idéale d'ajustement.

La protrusion des dents vers la ligne occlusale n'est pas le seul mouvement que nous rencontrons au cours de l'éruption physiologique. Elles poussent aussi dans une direction mésiale ; il en résulte une occlusion continuelle de l'arcade dentaire, et plusieurs dents s'usent aux points de contact par abrasion mutuelle. Nous allons discuter ces points pour la région de la poche. D'abord, nous n'avons pas eu jusqu'à ces derniers temps une conception propre sur la profondeur physiologique de la poche. De plus, nous avons été égarés par une distinction trop étroite entre la physiologie et la pathologie. Il est faux de soutenir qu'après apparition de la dent sur la ligne occlusale, le fond de la poche est sur la ligne amélo-cémentaire. Sur cette notion se base celle de donner 1 millimètre 5 à 2 millimètres comme profondeur de la poche. Tous ces postulats sont faux.

Nous trouvons fréquemment des poches pratiquement sans aucune épaisseur, puis, à partir de ce minimum, tous les degrés de transition, et cela sans tirer une ligne entre les conditions physiologiques et pathologiques. Comme nous l'avons vu, la même remarque conserve sa valeur, pour la longueur de l'attache épithéliale et pour la distance de la crête alvéolaire au fond de la poche. Il serait certainement possible, au moyen d'un grand nombre de mensurations, d'indiquer mathématiquement la profondeur moyenne ou la plus fréquente de la poche.

Concernant la poche, nous pouvons mentionner les faits suivants : l'épithélium dans le cas idéal présente une couche cornée vers le fond.

La surface dentaire opposée est couverte d'une cuticule cornée. La profondeur de la poche est très petite. Nous trouvons donc, au point le plus faible de la dent, une protection idéale contre les atteintes extérieures.

Pour résumer ce que nous avons dit concernant la physiologie de la dentition, nous avons spécifié les phases suivantes dans l'évolution normale de la dent :

1° La migration de l'attache épithéliale vers l'apex ;

2° L'atrophie simultanée de la crête alvéolaire ;

3° La protrusion des dents vers la ligne occlusale ;

4° Le déplacement mésial des dents ;

5° L'abrasion compensatrice des dents à la surface de mastication et aux points de contact.

Ces phases sont continues, bien que d'allure variable.

On ne peut, sous peine d'être voué à un échec, décrire ces diverses phases avec une certitude mathématique. La différence est presque imperceptible entre les conditions physiologiques et pathologiques.

Nous pouvons même considérer plus étroitement la transition d'un état à l'autre. Nous fixerons d'abord notre attention sur le foyer de l'éruption. Dans le cas idéal, la longueur de la portion cachée peut produire une insuffisance de la mastication jusqu'à ce que la mort s'ensuive par défaut d'une fonction essentielle à la vie. Chez les individus présentant des dents de même taille, ceux ayant une vie courte accusent un plus grand degré d'éruption que ceux dont la vie est relativement longue. Si le terme de la vie est égal, les dents les plus longues ont une plus grande rapidité d'éruption. Nous savons que les êtres humains ont des dents de longueur variable, et nous sommes portés à voir dans ce fait la source de circonstances pathologiques. Si les dents sont longues, nous pensons qu'il y a un plus grand degré de développement que chez les gens à dents courtes. Il faut faire exception pour les rachitiques, chez qui les dents sont courtes, mais où l'on rencontre aussi un degré d'éruption ralentie. D'autre part, nous trouvons souvent une éruption plus rapide si la dent est longue. Il n'est pas nécessaire que l'attache épithéliale ait atteint l'apex pour parfaire la capacité fonctionnelle de la dent. Il suffit que la surface de la racine soit assez réduite pour ne pas répondre aux exigences mécaniques. Nous devons regarder le degré d'éruption comme le facteur dominant de toutes les conditions pathologiques. Après un certain degré d'éruption, la fonction normale devient traumatique, et il en résulte une lésion. Toutefois dans bien des cas, les choses n'en arrivent pas là avant un degré avancé.

D'autres sources de conditions pathologiques viennent du trouble de synchronisme dans les divers éléments de l'éruption. Si, par exemple, l'abrasion de la surface mastiquante ne concorde pas avec la poussée en bas de l'épithélium, le levier intra-alvéolaire oscille de part et d'autre,

et la même force exercée sur la dent porte de plus grands efforts vers l'appareil suspenseur. Plus tard, si toutes les dents ne poussent pas ensemble, mais qu'une pousse plus vite que ses voisines, cette dent n'est pas recroquevillée d'une façon correspondante et tout l'effort de la mastication en souffre. De telles dents sont affaiblies par d'autres causes, à moins qu'une aide chirurgicale ne puisse les aiguiser vers la pointe. Ces mêmes circonstances peuvent survenir sur les dents individuelles comme sur les groupes dentaires. Ce défaut d'évolution normale des dents peut être désigné sous le nom de « migration pathologique », et évolue dans la plupart des cas vers la ligne occlusale. On observe parfois une migration latérale entraînant la formation d'un diastème. Donc, au cours de la migration latérale, la dent peut être soumise à des efforts tels que la chute s'ensuit. Cette évolution ne doit pas être confondue avec le déplacement de la dent chez les jeunes sujets, qui suit généralement une extraction. Dans ce dernier cas, la dent entraîne avec elle l'os alvéolaire, tandis que, dans la migration pathologique, elle part en dehors de son alvéole.

De même que la longueur de la couronne individuelle est en raison directe de la vitesse d'éruption, de même il arrive de voir une éruption retardée par rapport au reste de la dentition, donnant alors l'aspect d'une dent plus courte. En général, ces dents les plus courtes sont les plus fermes.

L'absence d'harmonie la plus complète consiste en ce que la poussée en bas de l'attache épithéliale n'est pas équivalente pour toutes les dents, et même pour tous les points de la même dent. Si les parties qui subissent une éruption accélérée sont favorablement situées, aucune lésion secondaire ne suivra la lésion primaire. Nous voyons souvent des racines palatines des molaires supérieures, les surfaces labiales des cuspides ou des insicives inférieures très avancées comme éruption sans lésions secondaires appréciables. Il y a un seul inconvénient : la dent est privée de son attache à cette place. Dans d'autres cas, le bord gingival ne peut suivre le fond de la poche pour des raisons morphologiques, et la poche devient plus profonde, d'où possibilité de rétention, favorisant le développement des microbes. Nous ne serons pas surpris de trouver dans ces cas une suppuration chronique inflammatoire.

Nous avons donc avancé des faits d'ordre morphologique et clinique avec lesquels le doute est difficilement possible. Nous arrivons maintenant à l'analyse des causes. Nous sommes en possession de faits isolés, point de départ de plusieurs expériences.

La gingivite chronique peut être cause que le rebord gingival ne suit pas d'une façon synchronique le fond de la poche. Toute inflammation entraîne une hypertrophie du tissu attaqué, tandis que l'adhérence du bord gingival entraîne l'atrophie. L'atrophie et l'hypertrophie ne peuvent se

produire simultanément sur le même tissu. Au contraire, parfois toujours dans la migration apicale normale de l'attache épithéliale, il se produit un approfondissement de la poche, comme le bord marginal ne la suit pas entièrement. Au fond de la poche ainsi profonde, on trouve une plus grande inflammation, et sans intervention thérapeutique, un tel processus prend fin par la chute de la dent.

C'est le moment de jeter la lumière sur cette évolution. Il est important pour nous de connaître les relations de la maladie qui nous occupe avec l'activité des micro-organismes. L'inflammation et l'activité microbienne agissent dans le tissu paradentaire et loin dans l'os. Il est bien évident que si nous extrayons une dent atteinte de pyorrhée, la suppuration est tarie du même coup.

L'inflammation n'était pas dans la dent elle-même, et, par l'extraction, nous n'avons certainement pas influé sur le tissu enflammé ou sur les microbes. Cependant cette inflammation disparaît instantanément. Par l'extraction nous obtenons au moins un résultat certain, la destruction de la poche de rétention. Cette poche a deux faces, la gencive et la surface de la dent. En enlevant la dent, on arrête la formation de la poche. Nous pouvons conclure que la présence de la poche est la première cause de l'existence de la pyorrhée, l'inflammation et l'activité microbienne étant d'une importance secondaire.

Nous avons d'ailleurs exposé des faits d'ordre morphologique et clinique après lesquels le doute est difficilement possible. Arrivons au diagnostic causal. Nous sommes en possession d'une série de faits isolés par le moyen desquels on a pu faire de sérieuses tentatives. Au premier rang vient la question de la poussée vers le bas de l'épithélium et de son détachement de la surface dentaire. Aussi longtemps qu'un tissu de fibres connectives sera ancré sur la surface du cément au-dessous de l'attache épithéliale, la poussée vers le bas de ce dernier est hors de cause. Nous pouvons facilement imaginer qu'après le détachement de ces fibres du cément (comme dans bien d'autres processus analogues), l'épithélium prolifère vers le bas de manière à couvrir le tissu connectif. Le traumatisme ou l'inflammation peuvent amener ce détachement du tissu fibreux connectif de la surface dentaire en dessous de l'attache épithéliale. Il est parfois remarquable que la poussée vers le bas de l'épithélium procède ultérieurement du côté opposé à celui où l'on aurait supposé. Si la dent est soumise à une pression latérale, on pense naturellement que les fibres se tourneraient du côté d'où vient la pression, en suivant la poussée en bas de ce côté. En réalité, la migration apicale de l'attache épithéliale s'observe généralement de l'autre côté, où les fibres sont relâchées. Les mêmes difficultés se présentent au regard de l'inflammation. Si celle-ci détruit les fibres au-dessous de l'attache épithéliale, on pense à la formation d'un abcès. Alors nous pouvons assurer qu'en cas de poussée de

l'épithélium vers le bas, en rapport avec une inflammation, celle-ci paraît et disparaît alternativement, détruisant d'abord les fibres du tissu connectif, et disparaissant ensuite pour livrer passage à la prolifération épithéliale. Pourquoi, après disposition de l'inflammation, le tissu connectif ne peut-il se réorganiser et se rattacher à la dent. C'est une question qu'on ne peut encore résoudre.

La question se pose maintenant de savoir comment l'épithélium est amené à s'attacher à la surface de la dent, à se détacher plus tôt ou plus tard, avec ou sans formation d'une cuticule cornée. Cette question relève particulièrement du détachement de la surface de l'émail et jusque-là l'évolution dans le tissu connectif ne peut entrer en ligne de compte comme facteur causal. L'auteur a essayé d'incriminer les diverses qualités de la surface des dents ; d'autres attribuent ce processus à l'inflammation de la surface marginale. Dans ces questions-là, il importe de découvrir une base morphologique d'où puissent partir nos recherches. L'auteur a montré par de nombreux exemples que l'hyperplasie du cément développée au-dessous de l'attache épithéliale est un obstacle à sa poussée vers le bas. Le dépôt lent et continu de nouvelles couches de cément peut être regardé comme la mesure la plus appropriée à arrêter la prolifération épithéliale.

Il est important de connaître le rapport de l'inflammation marginale avec ces processus. Nous ne parlons pas ici d'une inflammation de nature aiguë, succédant à la suppuration des tissus, ni de l'inflammation chronique avec formation d'abcès. La migration apicale de l'attache épithéliale procède d'habitude sans de telles complications. Les inflammations que nous considérons ici sont ces infiltrations légères siégeant dans la plupart des cas au-dessous du fond de la poche.

Le rapport des fibres de tissu connectif avec la surface du cément est un rapport organique : pour qu'elles puissent exister, les fibres et la surface du cément, doivent avoir un certain degré de vitalité. Cette connection organique ne peut persister si l'un des deux organes est frappé de mort. La nécrose d'éléments vivants peut entraîner un certain degré d'inflammation, sans aboutir nécessairement à la suppuration avec abcès. L'auteur se représente l'effet de l'inflammation sur la prolifération de l'épithélium ; s'il y a destruction des deux éléments, l'épithélium forme une connection organique entre le tissu connectif et la surface du cément. Il n'est pas nécessaire pour faire disparaître cette connection que la surface du cément soit complètement morte.

Les effets de l'inflammation se montrent en outre dans les cas de granulome périapical, où nous trouvons exactement les mêmes conditions d'attache épithéliale que dans la région de la poche. Les conditions sont les mêmes pour les lésions de l'os alvéolaire. Nous savons, en pathologie générale, combien le tissu osseux réagit à l'inflammation. D'autre part, nous trouvons des inflammations marginales chroniques s'infiltrant

autour des espaces médullaires et détruisant l'os graduellement. Ni dans la poussée de l'épithélium ni dans l'atrophie de l'os, nous ne trouvons un strict parallélisme entre le degré d'inflammation et l'évolution du processus. On observe souvent une hyperplasie du cément, gênant la prolifération apicale de l'épithélium. Nous trouvons souvent, sur la surface de la dent et l'os alvéolaire une résorbtion qui n'a rien de commun avec l'inflammation. La disparition de la crête alvéolaire est une partie intégrale de l'éruption continue de la dent. Il est plus important encore de montrer de quelle manière l'os alvéolaire est préservé. Nous savons que tout os a des exigences fonctionnelles qui lui sont demandées. L'atrophie osseuse est causée par une résorbtion normale, non compensée par un apport correspondant. Ceci nous amène à l'importante loi de fusion. Ni cellules, ni tissu, sauf certaines exceptions, ne vivent aussi longtemps que l'individu. Les cellules ont une durée de vie limitée. Elles meurent, sont réabsorbées et remplacées où il en est besoin. Il se forme une nouvelle couche de cément où de nouvelles cellules peuvent alors s'insérer. Mais la surface du cément est-elle soumise à la loi de la fusion. Il arrive que le tissu fibreux connectif perd sa force du fait que la partie du cément où il s'insère, se fond avant le dépôt d'une nouvelle couche de cément. Nous conclurons donc que le maintien d'activité fonctionnelle de la dent nécessite un dépôt continu de cément à la surface de la racine.

Supposons maintenant qu'il arrive une résorbtion éventuelle de la surface de la dent. L'appareil suspenseur perd sa solidité, et l'os alvéolaire son stimulant. Pourtant tout n'est pas perdu. On peut observer une reconstitution du cément et de l'os, une régénération de l'appareil suspenseur. Comment se fait cette réparation ? Elle doit commencer par le dépôt de cément. Les fonctions de l'organe peuvent revenir à la normale par l'apposition de nouvelles fibres à la surface du cément, aidant à la reconstitution de l'os. Il est plus difficile d'expliquer la réparation de l'os alvéolaire. L'auteur la place dans la région des procès alvéolaires, et dans certains cas ce sont les tissus voisins qui provoquent les demandes fonctionnelles.

L'état de l'appareil suspenseur dépend pour la plus grande part du point où se fait le dépôt de cément sur la surface dentaire.

Venons maintenant à l'analyse des demandes fonctionnelles exercées sur la dentition et examinons-les d'un point de vue biologique.

D'une part, nous savons que la dentition s'abîme par défaut d'usage suffisant : d'autre part, on ne peut nier, que les deux tombent, comme résultat d'occlusion traumatique. C'est une contradiction, mais il y a une part de vérité dans chaque élément. Si l'on exerce des efforts sérieux sur la dentition, on aboutit à la renforcer ou à l'affaiblir.

Que signifie l'effort d'une dent ? Quelle est la limite des exigences fonctionnelles ? La dent est surmenée si l'appareil suspenseur voit sa

force de tension dépassée. En cette occurrence, la dent ne pend pas par ses ligaments, mais presse sur l'os alvéolaire dans la direction où elle y est forcée par les efforts de mastication. Il s'ensuit une résorption de l'os seul ou uni à la surface dentaire, d'où élargissement de l'espace péri-radiculaire, atrophie de l'appareil suspenseur en cette région et chute de la dent. D'autre part, en bien des cas, la réparation peut suivre un dépôt de cément sur la surface dentaire ; alors, le dommage est entièrement réparé. Si ces lésions se répètent ainsi et se réparent, il en résulte une large hyperplasie du cément, avec élargissement de la racine dentaire. Si ce dépôt de réparation du cément vient à manquer, l'espace péri-radiculaire reste élargi, et la capacité de travail de la dent est réduite. Tout effort ultérieur crée une lésion et finalement la dent tombe. Dans la question de l'occlusion traumatique, le sort des dents est lié à celui du dépôt cémentaire chez les herbivores, dont la vie est liée au bon état de l'appareil masticateur, le cément ne forme pas seulement une couche épaisse à la surface de la racine, mais un dépôt sur l'émail. Nous trouvons en général, sur les dents tombées de façon précoce, une couche de cément très délicate, et sur la dentition définitive, une hyperplasie cémentaire très développée.

Le dépôt continu de nouvelles couches cémentaires à la surface de la racine peut être regardé comme l'idéal ; il ne s'oppose pas à la poussée vers le bas de l'épithélium, mais à l'élargissement de l'espace périradiculaire et à l'affaiblissement de l'appareil suspenseur. Inversement, l'absence de ce dépôt cémentaire est fatal pour la dent. Dans les cas externes, on observe une résorption de la surface de la dent. Parfois il y a même une migration pathologique comme dans l'atrophie diffuse de l'os alvéolaire.

Si la surface de résorption n'est pas recouverte par l'épithélium, elle peut se réparer complètement par dépôt de nouveau cément ; la partie correspondante d'os alvéolaire se trouve alors régénérée. Ces faits nous dictent notre ligne de conduite pratique : nous ne pouvons exercer pour le moment une influence certaine sur la migration apicale de l'attache épithéliale. Cette migration n'implique aucune cause immédiate de maladie, et nous pouvons faire en sorte que le bord marginal suive le mieux possible le fond de la poche. Par de bons soins hygiéniques, nous pouvons éliminer l'inflammation, une des causes de formation de la poche ; si elle se forme, nous devons y apporter tous nos soins. Si une suppuration chronique s'installe en dépit de notre vigilance, ou une inflammation récurrente sous forme d'abcès paradentaire, nous devons exciser la poche en partant du fond. Au moyen du nitrate d'argent ou d'une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100, nous devons veiller à ce que la poche ne puisse se reproduire. Ce traitement doit être suivi d'un brossage consciencieux par la méthode de Charters.

Pour le diagnostic clinique, l'auteur estime qu'il faut le faire seulement dans une bouche préalablement nettoyée par de bons soins d'hygiène. S'il y a une pyorrhée paradentaire, il faut essayer de la juguler par le curettage de la poche. Si cela ne suffit pas, nous devons exciser la poche. Un rattachement comme celui décrit par Bax et Mac Call est très possible, et ces auteurs l'ont vérifié par l'examen histologique. Mais on ne peut déterminer jusqu'à quel point il est possible de gratter la surface dentaire pour obtenir une possibilité de rattachement.

Le tissu connectif doit guérir juste autant que l'épithélium, avec ou sans résorption, avec ou sans dépôt. Il n'est pas important pour la guérison de l'épithélium ou du tissu connectif de savoir si la substance dure se compose de dentine ou de cément. Il est d'importance vitale pour la guérison de la poche que l'épithélium de la face interne soit entièrement enlevé. Si l'on ne peut obtenir ce résultat, le mieux qu'on puisse espérer est un rattachement épithélial, qui est loin d'avoir la valeur d'un rattachement de tissu conjonctif.En général, il ne faut pas compter sur un rattachement tant que nous n'aurons pas de notions plus précises sur la loi de plantation de la substance dure, et que nous ne pourrons exercer d'influence systématique sur le rattachement. On peut faire une tentative dans ce sens, et il n'en résulte aucun mal.

La brillante suggestion de Mac Call d'enlever par des moyens chimiques l'épithélium de la poche doit être considérée comme très importante. Il est toutefois beaucoup plus important de découvrir le moyen d'influer à la fois sur la surface dentaire et le tissu connectif pour leur permettre de s'unir et de favoriser le dépôt cémentaire.

Pour ce qui concerne l'atrophie alvéolaire, il nous faut faire une distinction entre l'atrophie marginale et l'atrophie diffuse. La première se produit si le relâchement peut être attribué exclusivement à l'atrophie du rebord marginal avec position avancée correspondante du fond de la poche : c'est le cas général dans les inflammations marginales chroniques. L'atrophie diffuse est démontrée par la présence d'une migration et par de grandes variations dans la position du fond de la poche. Ici la cause du relâchement est souvent l'élargissement de l'espace périodontique.

En général, nous pouvons dire que l'atrophie marginale est due à la négligence. L'inflammation et la suppuration sont des symptômes précoces, puis elles sont suivies du relâchement dentaire. D'autre part, l'atrophie diffuse est généralement accompagnée de pyorrhée paradentaire. Ici, la migration et le relâchement sont les premiers symptômes, pendant que la formation de la poche et la suppuration sont relativement plus éloignées. La poche se forme, en général, du côté où la dent a effectué sa migration.

Il n'est pas besoin de considérer la question de la distance du rebord alvéolaire au fond de la poche ; nous ne sommes pas en position d'exercer

une influence quelconque sur ces conditions. Si nous avons pris les mesures prophylactiques propres à la pyorrhée, nous avons par là même exclu la possibilité d'une inflammation causant l'atrophie alvéolaire. Au regard des facteurs fonctionnels, nous pouvons prendre des mesures prophylactiques et assurer aux couronnes restantes une longueur constante et une articulation idéale.

Au cas où les dents ne sont pas usées proportionnellement au degré d'éruption nous devons venir à la rescousse avec des meules, ajustant l'articulation avec le même soin que nous donnons à la dentition artificielle.

Dans les cas où la fermeté de la dent en est si réduite que la mastication normale cause une lésion, et que la rétention de la dent soit insuffisante, la fixation est indiquée. Dans l'atrophie diffuse avec symptômes de migration, le traitement par l'arsenic peut être recommandé.

Après ces notions, nous pouvons nous demander par quelles recherches de prophylaxie et de thérapeutique nous pouvons rendre les plus grands services à l'humanité.

Avant tout, il faut souhaiter que les humains soient munis de dents à longues racines. Aussi bien qu'on peut en déduire de la taille du corps entier, on peut considérer comme désirable l'évolution d'un modèle d'homme grand. En combattant le rachitisme, nous luttons contre la formation de dents courtes. Et nous aurons la tâche de découvrir si des mesures spécifiques ne peuvent influencer la longueur des dents, au cours de leur développement. Plus tard, nous userons de tous les moyens à notre disposition pour essayer d'influer sur le degré d'éruption des dents. Les plus longues dents restent sans valeur si leur degré d'éruption est trop grand.

Tournons-nous vers l'autre facteur : eu égard aux recherches faites, il semble très probable que le dépôt continu de cément sur la racine est de la plus grande importance. Nous devons tâcher de découvrir si ce dépôt est sous la dépendance d'un centre organique, que nous puissions atteindre par des mesures prophylactiques et influencer favorablement ; ou, au contraire, s'il n'est pas possible d'atteindre ce but par des moyens thérapeutiques. L'auteur regrette qu'il ne soit pas en son pouvoir de répondre à ces questions. Pour le moment nous devons nous contenter de savoir quelles choses nous ignorons.

(*Journal of the American Dental Association*, décembre 1927, p. 2178).

Dr CUNY.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1929.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BONNET-ROY.

La séance est ouverte à 21 heures.

M. le Président. — Mme Chenet, le 1er janvier, a été victime d'un accident grave qui aurait pu dégénérer en une véritable catastrophe ; elle est dans un état de santé tel que M. Chenet m'a prié de l'excuser auprès de vous de ne pouvoir venir faire sa communication ce soir.

D'autre part, M. Housset est à peu près dans la même situation auprès de sa mère et m'a prié également de l'excuser.

I. — OSTÉITE GRAVE DU MAXILLAIRE CONSÉCUTIVE A UN ABCÈS ALVÉOLAIRE A FORME ANORMALE, PAR M. LE Dr ROY.

Le *Dr Roy* donne lecture de sa communication (voir p. 65).

DISCUSSION.

M. Nahas. — Je voudrais demander au Dr Roy quel est son avis sur la vitalite persistante des deux petites molaires, étant donné que le pus coulait par le canal dentaire inférieur, l'affection aurait dû mortifier ces deux dents-là.

M. le Dr Roy. — J'ai dit que le pus s'était fait jour d'abord par le canal dentaire, puis ensuite à travers le diploé. Pour répondre à la question de M. Nahas, je ferai observer que le canal dentaire ne passe pas sous les prémolaires ; le canal dentaire proprement dit s'arrête en arrière de la seconde prémolaire ; à ce moment-là le nerf dentaire inférieur émet un rameau qui va sortir par le trou mentonnier ; d'autres rameaux vont passer dans le maxillaire, pour se rendre aux dents antérieures, mais dans un canal beaucoup plus réduit. Je reconnais néanmoins la justesse de la remarque faite par M. Nahas au sujet de la vitalité persistante de ces prémolaires, mais je suis obligé de constater que ces prémolaires sont restées vivantes, ainsi que j'ai pu le constater plusieurs années après. Il y a eu une migration du pus d'abord par le canal dentaire ; puis, le pus s'est créé une sorte de canal très bas, car les racines des prémolaires n'étaient pas du tout intéressées, filant jusqu'à la canine gauche.

M. Lubetzki. — Je demanderai au Dr Roy s'il y a eu par la suite une

dépression osseuse au niveau de la deuxième molaire. Cette dent dépulpée, replacée dans son alvéole, a duré en somme trente ans. Il a dû se produire à son niveau une raréfaction osseuse. Celle-ci a créé ensuite une infection et par la suite du pus. Il y a eu certainement un affaissement osseux assez considérable.

M. le Dr Roy. — Je répondrai à M. Lubetzki qu'au point de vue de la réimplantation elle-même le résultat était absolument remarquable, et je vous avoue que, si mon ami ne m'avait pas raconté cette histoire de sa dent réimplantée, il ne me serait pas venu à l'idée qu'il s'agissait d'un cas semblable, car son bord alvéolaire paraissait absolument normal.

Il n'y avait pas de dépression alvéolaire et, lorsque j'ai extrait la dent, je ne dirai pas que j'ai eu un mal inouï pour l'enlever, mais elle tenait comme une dent ordinaire.

Quant à la cicatrisation, elle s'est poursuivie dans des conditions absolument normales. Je dois vous signaler que ce malade avait une particularité qu'il est intéressant de noter à propos de la question posée par M. Lubetzki. Ce malade avait un maxillaire très fort et très épais, il était prognathe ; or, vous savez que les prognathes ont le maxillaire inférieur généralement plus gros, plus fort que les orthognates ; ce qui montre qu'il avait les bords alvéolaires plus épais que la normale, c'est que, avec l'histoire que je viens de vous raconter, il avait conservé presque intactes ses parois alvéolaires antérieure et postérieure. Cette épaisseur excessive des bords alvéolaires du maxillaire peut expliquer en partie le succès indéniable que représentait, au point de vue reprise de la dent — je ne dis pas au point de vue thérapeutique — cette réimplantation faite sur une seconde grosse molaire trente ans avant les accidents que je vous ai racontés.

Je ne sais pas si je n'ai pas ouï dire aussi que ce praticien faisait des réimplantations incomplètes : il arrachait la dent à moitié et la remettait. Notez bien que la pratique dont je vous parle remonte loin ; il faut en effet vous reporter à cinquante ans en arrière pour juger cela, et, à cette époque, j'en appelle à mon ami Georges Viau, la chose était un peu moins extraordinaire qu'aujourd'hui.

M. G. Viau. — Le cas que mon ami Roy vient de nous présenter est évidemment tout à fait extraordinaire comme il vient de nous le dire, et il est intéressant d'ajouter un mot au point de vue historique. Dans les anciens traités d'art dentaire, à une époque où l'on n'avait jamais touché à la pulpe, où l'on ne la cautérisait même pas à l'acide arsénieux, au commencement du siècle dernier, vers 1820 ou 1830 encore, j'ai trouvé ce moyen qu'on appelait la « luxation » des dents. Une dent faisait mal, on disait : rompons le nerf dentaire et le malade sera soulagé.

Quant à l'allusion au confrère, si c'est bien le même, c'était un très

brave homme qui était loin de ne pas être instruit ; il exerçait en Normandie ; il avait fait son officiat, qui était assez facile à faire à ce moment-là ; il a transformé son officiat en doctorat, et sa thèse a été justement sur *la transplantation des dents.*

M. Roy. — Ce n'est pas le même.

M. Viau. — Le mien, a été mon élève, c'est Georges Bugnot, je suis très content d'avoir commencé par dire que c'était un praticien instruit et travailleur.

M. le Dr Roy. — La réimplantation des dents peut sembler assez extraordinaire à nos jeunes confrères, c'est cependant une opération très ancienne alors que, pour nous, elle représente une opération d'exception que nous ne faisons pas aujourd'hui sans de grandes précautions et sans y avoir très mûrement réfléchi. Nos ancêtres étaient, comme vient de le dire mon ami M. Georges Viau, beaucoup moins difficiles et pour cause, car ce qui les intéressait, c'était la consolidation de la dent, les abcès ou autres complications consécutives qu'ils pouvaient observer ne les inquiétaient pas du tout et ils ignoraient souvent les relations de cause à effet entre ces phénomènes. Or, les plus anciens dentistes avaient peut-être tous eu l'occasion d'observer des cas de consolidation de dents plus ou moins complètement luxées au cours de traumatismes et en particulier au cours des extractions.

En effet, autrefois, nos ancêtres, depuis les temps les plus reculés jusqu'au XVIIIe et même au début du XIXe siècle, ne disposaient pour les extractions que d'un matériel primitif qui comportait un pélican, des poussoirs, quelques daviers, qui étaient des pinces absolument informes et, plus tard, la clef de Garangeot ; avec ces instruments les accidents opératoires étaient extrêmement fréquents, et j'ai conté autrefois l'aventure relatée tout au long par Ambroise Paré dans son traité, de ce domestique d'un barbier dentiste — c'était à Orléans — qui, alors que son maître était à déjeuner, se trouve en présence d'un paysan venu pour se faire enlever une dent. Le garçon prend la place de son maître et se met en devoir d'arracher la dent ; mais au lieu d'arracher celle qui était mauvaise, il en arrache deux bonnes. Alors Ambroise Paré raconte que, voyant cela, le paysan se mit à crier très fort qu'on lui avait arraché deux bonnes dents et laissé la mauvaise : mais le domestique pour le faire taire lui dit : « Ne criez pas si fort, car sans cela mon patron va venir et va vous faire payer deux dents au lieu d'une. » Le paysan, à cette perspective, partit aussitôt, nous dit le bon Ambroise Paré, avec sa mauvaise dent dans sa bouche et ses deux bonnes dents dans sa poche.

Les accidents opératoires n'étaient donc pas rares chez les anciens opérateurs. Quelquefois, ils s'apercevaient de leur erreur avant que l'opération fût tout à fait terminée ; ils avaient enlevé la dent ou elle était presque sortie de la bouche : aussitôt d'un doigt habile, preste-

ment, ils renfonçaient la dent dans son alvéole et ils voyaient très fréquemment les dents ainsi remises dans leur alvéole se consolider. Il est donc tout naturel qu'après avoir constaté ces faits fortuits et leur réussite parfaite, ils aient franchi une autre étape et que, après avoir fait cette opération par hasard, ils aient cherché à la faire systématiquement, pour, suivant une expression qu'ils employaient, arracher le nerf de la dent et remettre celle-ci en place.

Il est certain que quand un malade était atteint de pulpite, si on lui faisait une extraction et si on lui remettait la dent, il se trouvait soulagé, car on avait sectionné le filet pulpaire. L'os étant peu touché, la dent se remettait en place, et avec une périostite qui durait quelques semaines peut-être, le patient se trouvait débarrassé de toutes ses douleurs et il considérait l'opération comme un succès. A cette époque-là on considérait comme un succès une dent qui ne faisait pas mal, même avec des fistules plus ou moins importantes, qu'on qualifiait d'exutoires nécessaires.

Voilà pourquoi, comme je vous le disais, la réimplantation est, après l'extraction des dents, l'une des opérations les plus anciennement pratiquées alors qu'aujourd'hui au contraire ce n'est qu'une opération tout à fait d'exception.

M. Lubetzki. — M. le Dr Roy nous a donné une indication très intéressante et très précise. Il nous a dit que son ami était prognathe ; que, d'autre part, il avait 46 ans. Ne croit-il pas qu'il y ait eu un cas de pyorrhée sur ses dents antérieures avec existence de culs-de-sac assez profonds, étant donné l'âge et étant donné aussi la résistance du maxillaire ? Je conçois très bien que le pus soit allé sous les prémolaires, ait rencontré tout le massif incisif avec ses culs-de-sac dans lesquels il y avait du pus, et ait déclanché cette infection et cette collection purulente importante, ce qui a nécessité peut-être l'extraction de sa canine gauche, puis de ses incisives et enfin de la canine droite. La question que je pose a pour but de rechercher l'étiologie de ce cas extraordinaire. Le pus partant d'une deuxième molaire droite et venant s'ouvrir au niveau de la canine gauche, il y a certainement quelque chose de tout à fait anormal. L'épaisseur du maxillaire est peut-être à envisager, mais sur une telle longueur, ceci paraît n'être pas une cause suffisante pour expliquer le fait.

M. le Dr Roy. — Je répondrai à la question de M. Lubetzki que ce malade n'avait pas trace de pyorrhée alvéolaire. Je connaissais la bouche du malade, je l'avais vue auparavant ; ses dents étaient extrêmement solides, et la meilleure preuve qu'il n'y avait pas de pyorrhée, c'est l'intégrité qu'il avait conservée de ses bords alvéolaires antérieur et postérieur qui n'étaient pas même résorbés malgré la grosse suppuration qu'il avait présentée ; cette gouttière énorme était limitée, comme je

vous l'ai dit, par des bords alvéolaires antérieur et postérieur presque intacts et les dents restant en bouche n'avaient aucune trace de pyorrhée. J'ai vu ce malade il y a quelques années et, à cette époque, il n'avait pas encore trace de pyorrhée ; toutes ses dents étaient extrêmement solides. Je comprends très bien l'observation de M. Lubetzki, mais là il est impossible de faire intervenir la pyorrhée alvéolaire pour expliquer la marche tout à fait extraordinaire de cet abcès alvéolaire.

M. le Président. — Je remercie M. Roy de son intéressante communication et je le félicite une fois de plus de son expérience et de sa sagacité.

II. — A propos de trois cas d'otalgie d'origine buccale, par M. le Dr Truffert, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

M. le Dr Truffert donne lecture de sa communication (voir page 70).

Discussion.

M. Viau. — Comme le plus âgé dans cette salle, je suis très heureux de remercier le Dr Truffert de nous avoir fait une communication sur un sujet si intéressant et qui nous est peu familier et de l'avoir traité d'une façon si claire, si parfaite et au pied levé.

M. Solas. — A propos de l'otalgie, je voudrais citer un cas tout à fait récent. J'ai eu à examiner dernièrement une personne qui se trouvait dans mon cabinet, accompagnant une patiente ; elle allait, en sortant de chez moi, consulter un oto-rhino-laryngologiste et se plaignait d'une douleur très vive à l'oreille. Je lui ai offert d'examiner sa bouche ; je pensais trouver quelque part dans le côté gauche, dont il se plaignait, une cause dentaire. J'ai examiné ce patient et j'ai fini par trouver à la palpation un point sensible au niveau d'une deuxième prémolaire supérieure gauche portant une couronne avec une dent en extension remplaçant la première prémolaire. Il n'y avait vraiment que cette dent-là qui pouvait être suspecte, car les autres dans l'arcade étaient parfaites, l'exploration était facile. Je supposais qu'il s'agissait d'un bridge posé sur une dent dévitalisée et j'examinai un peu plus attentivement. Le patient finit par me dire que sa dent était un peu suspecte au point de vue sensibilité ; puisqu'au niveau de l'apex de la dent en question il souffrait un peu. Quand on répète un examen deux ou trois fois, on risque de suggestionner le patient, on agace un peu la région qu'on explore et l'on finit par avoir une vraie douleur. Il est possible que cette dent eût un peu d'arthrite chronique. J'ai proposé au patient de lui enlever ce petit bridge et de trépaner la dent qui, à mon avis, était une dent mortifiée. J'enlève le bridge et je trouve

dessous une obturation en mauvais état, un ciment en voie de désagrégation, dent très colorée, donnant vraiment l'impression d'une dent mortifiée ; je crus pouvoir porter le diagnostic de quatrième degré. J'ai enlevé le ciment et j'ai trouvé une dent parfaitement vivante. Je ne suis pas allé plus loin, je n'ai pas fait une dévitalisation qui aurait été inutile et j'ai pensé que l'avenir nous donnerait des renseignements plus précis. J'ai appris en effet que mon patient est rentré chez lui, ne se sentant pas très à son aise : il s'est aperçu qu'il avait une température élevée ; il a fait venir son médecin et depuis a eu une attaque de grippe extrêmement sérieuse ; il mouche d'une façon très abondante ; il a une grippe à localisation bronchique et du système respiratoire et nous pouvons poser rétrospectivement le diagnostic d'odontalgie d'origine grippale.

M. le Dr Roy. — Ce que vient de dire M. Truffert est extrêmement intéressant et il nous a exposé d'une façon très claire le mécanisme par lequel ces névralgies parties de la bouche ou du pharynx vont s'irradier du côté de l'oreille. Mais il est un point que nous, dentistes, nous devons faire ressortir particulièrement : c'est que les otalgies d'origine dentaire sont bien connues des dentistes, qui savent que très fréquemment, lorsque des malades se présentent chez eux pour se faire soigner une dent, ils se plaignent en même temps d'irradiations douloureuses du côté de l'oreille. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que les irradiations douloureuses sont différentes suivant qu'il s'agit d'une dent du haut ou d'une dent du bas. A la mâchoire supérieure, les irradiations douloureuses se font du côté de l'œil, alors que c'est dans les névralgies provoquées par des dents inférieures que ces irradiations se font du côté de l'oreille.

M. Truffert nous a exposé le mécanisme de ces névralgies d'après les connaissances récentes que l'on a aujourd'hui, ainsi qu'il l'a signalé, au sujet de l'anatomie du nerf facial ; c'est aussi un point très intéressant à faire connaître aux otologistes qui souvent pourront éviter des erreurs de diagnostic en connaissant cette particularité que les lésions dentaires de la mâchoire inférieure provoquent très fréquemment des névralgies à localisation auriculaire.

M. G. Villain. — Permettez-moi de vous exposer un cas qui, quoique n'ayant pas trait à la communication du Dr Truffert, se rapporte aux difficultés de diagnostic dues aux douleurs irradiées.

Il s'agit d'une patiente qui, souffrant de névralgies, alla consulter un praticien de médecine générale. Celui-ci diagnostiquant une odontalgie lui conseilla de voir un dentiste.

Cette malade souffrait de douleurs névralgiques débutant toujours par un point nettement localisé à la région sous-orbitaire ; la douleur s'irradiait ensuite jusqu'au niveau de l'oreille en passant par les molaires supérieures. A l'examen clinique, je ne trouvai aucun signe dentaire qui

puisse me permettre de faire un diagnostic ; la radiographie ne donnait aucune indication. Cette malade présentait cependant un léger œdème de la joue qui s'étendait jusqu'à la paupière inférieure gauche. Ayant remarqué le bord de la paupière légèrement enflammé, je conseillai à cette patiente d'aller consulter un ophtalmologiste.

Trois jours après elle était opérée d'un petit abcès siégeant au bord de la paupière inférieure et les douleurs disparurent définitivement.

M. le Dr Roy. — M. Truffert vient de nous montrer que des névralgies à forme otalgique peuvent reconnaître une origine dentaire, que par conséquent des malades qui sont adressés à un oto-rhino-laryngologiste doivent être envoyés par celui-ci au dentiste.

Je vous rappellerai que j'ai attiré l'attention autrefois sur les cas où le dentiste est consulté pour des névralgies à localisation dentaire, alors que c'est l'oto-rhino-laryngologiste qui pourrait plus particulièrement intervenir dans la circonstance : c'est dans ce que j'ai appelé les *Pseudo-odontalgies d'origine grippale* [1].

A l'occasion des premières épidémies de grippe qui ont fait parler d'elles il y a quelque trente ans, j'ai attiré l'attention sur des odontalgies de forme assez particulière. Les malades qui en sont atteints se plaignent de douleurs extrêmement vives qu'ils attribuent à une ou plusieurs dents de la mâchoire supérieure qu'ils pensent très gravement malades et dont ils réclament l'extraction. On examine la bouche de ces patients et il arrive fréquemment qu'on constate que les dents de la région incriminée — qui est toujours la mâchoire supérieure — sont absolument indemnes, qu'elles sont saines ou que, si elles sont cariées, les obturations sont intactes. Si l'on prend des radiographies, on voit que toutes les dents sont en parfait état. Néanmoins, les patients souffrent horriblement et lorsqu'on vient à percuter les molaires, ils accusent une douleur très nette. Eh bien, chez ces malades, il n'y a cependant aucune lésion dentaire. J'ai eu l'occasion de décrire cette petite entité pathologique au cours, je le répète, d'une grande épidémie de grippe qu'il y a eu à notre époque et j'ai vu défiler chez moi à ce moment un assez grand nombre de patients présentant ces mêmes phénomènes ; j'ai pu établir qu'il s'agissait de pseudo-odontalgies, puisque les dents incriminées n'avaient absolument rien. Il s'agissait d'une névralgie due à une sinusite catharrale amenant une irritation par propagation des filets nerveux se rendant aux grosses molaires qui passent au voisinage de la muqueuse sinusienne. C'est la grippe qui produit généralement ces névralgies, mais on peut les observer à la suite d'un coryza un peu intense ; ces névralgies ne s'observent généralement pas dans le plein de la grippe ou du coryza,

1. Pseudo-odontalgie d'origine grippale. *L'Odontologie*, mai 1907, p. 447. La pseudo-odontalgie et les difficultés de son diagnostic. *L'Odontologie*, 1912, V II, p. 289.

mais dans la période de déclin, alors que les malades commencent à sortir. Le diagnostic, lorsqu'il s'agit de personnes dont je connais l'état de la bouche, je le fais quelquefois dès que les patients entrent dans mon cabinet ; ils arrivent, en effet, en me racontant qu'ils souffrent énormément d'une dent, qu'ils viennent pour se faire ouvrir un abcès ou pour une extraction ; mais, en même temps qu'ils me racontent leur petite histoire, leur voix nasonnée par suite d'un coryza intense qui n'est pas encore terminé me permet déjà à l'avance de préjuger de la cause de leur douleur et très fréquemment il s'agit en effet d'une pseudo-odontalgie d'origine grippale. Il suffit de donner au patient une médication anti-névralgique à petite dose, mais continue, suivant la posologie que j'ai indiquée, pour faire disparaître ces pseudo-odontalgies ; de plus, ce qu'il est nécessaire de savoir, c'est qu'il faut surtout se garder de toute intervention du côté des dents. Comme vous le voyez dans les cas que je viens de rappeler, s'il y avait un spécialiste à consulter, ce ne serait pas le dentiste, mais le rhinologiste puisqu'il s'agit d'une sinusite catharrale qui provoque ces pseudo-odontalgies.

M. le Président. — Je remercie le Dr Truffert de sa communication et je le remercie d'autant plus qu'il a fait preuve d'un grand dévouement en venant ce soir. Je m'associe aux remerciements de M. Viau, puisqu'il y a quarante-huit heures seulement que j'ai demandé au Dr Truffert de vouloir bien être des nôtres ce soir.

III. — Guide-repère pour la préparation de loges radiculaires pour pivots, par M. Lentulo.

M. Lentulo donne lecture de sa communication (voir page 74).

IV. — Nomination d'un jury de concours.

M. Solas. — J'ai une communication à vous faire au nom du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris ; je vais vous donner lecture de la décision suivante prise par ce Conseil :

La Société d'Odontologie sera priée de désigner parmi ses membres un jury chargé d'attribuer une récompense à un élève de troisième année qui aura fait un travail original comportant des recherches bactériologiques et histologiques.

Vous devez savoir probablement que depuis l'année dernière il a été institué un concours entre les élèves de l'Ecole dentaire inscrits en deuxième année ; ce concours comporte un certain nombre d'épreuves, en particulier épreuve de cours pour laboratoire de recherches scientifiques, épreuve de chirurgie dentaire, épreuve de dentisterie opératoire ; une épreuve écrite également. Ce qui est intéressant, c'est le cours d'entraînement pour laboratoire de recherches scientifiques. Les élèves de deuxième année, à la suite du concours, reçoivent un certain nombre de prix.

Ce n'est pas sans raison que le concours a été ouvert parmi les élèves de deuxième année. Si nous avions voulu avoir des gens plus compétents, nous l'aurions ouvert parmi les élèves de troisième année ; mais c'est parce que nous nous réservions de faire autre chose dans l'avenir ; et nous avons pensé que ceux qui se seraient intéressés en deuxième année à ce concours s'intéresseraient encore en 3e année à d'autres épreuves.

Nous demanderions aux élèves de troisième année de choisir un sujet d'accord avec le chef du laboratoire, avec leur professeur de dentisterie ou de chirurgie dentaire ; et la Société d'Odontologie devrait, à la fin de l'année, récompenser le meilleur travail.

Nous venons vous demander, ce soir, de bien vouloir désigner un jury. Les membres du Bureau de la Société vous proposent une première liste ; toutes les adjonctions ou modifications que vous voudrez y faire seront acceptées et nous les mettrons aux voix de la Société.

Nous vous proposons donc, parmi les membres de ce jury : M. Georges Villain, directeur de l'Enseignement de l'Ecole dentaire de Paris : M. le Dr Roy ; M. le Dr Frey ; M. le Dr Delater ; M. le Dr Bonnet-Roy, comme président de la Société ; M. Lubetzki ; M. Texier ; M. Housset.

Je vous propose de nommer ces membres du jury de concours qui serait chargé de doter de prix le meilleur ou les meilleurs travaux de troisième année, suivant que vous le jugerez désirable.

M. le Président. — Vous avez entendu la proposition qui est faite à la Société. Est-ce que quelqu'un d'entre vous a une suggestion à présenter ? Je mets aux voix la liste que vous venez d'entendre à savoir MM. G. Villain, Roy, Frey, Delater, Lubetzki, Texier, Housset et Bonnet-Roy. (Adopté à l'unanimité).

La séance est levée à 23 h. 10.

Le Secrétaire général,
Dr SOLAS.



Séance du 5 février 1929.

(RÉSUMÉ).

La séance est ouverte à 20 heures 45, sous la présidence du Dr *Bonnet-Roy*.

M. le Dr Chenet parle des indications de l'extraction dentaire chirurgicale. Il oppose le mot « chirurgicale » au mot « alvéolaire », l'extraction par la voie alvéolaire restant le procédé courant qui doit être le plus fréquemment employé, et l'extraction par la voie chirurgicale, c'est-à-dire après trépanation de la table externe des maxillaires, restant un procédé d'exception aux indications nettement déterminées. Ce procédé sera réservé à l'enlèvement des petits fragments apexiens situés loin du bord alvéolaire ; on évite ainsi des délabrements considérables qui se traduisent finalement par des déformations de la crête alvéolaire entraînant des difficultés ou même des impossibilités d'appareillage ultérieur.

Il signale les dangers d'hémorragie, d'ouverture sinusienne, par la voie alvéolaire ; il souligne l'importance qu'il y a à faire considérer l'extraction par le patient comme une opération toujours sérieuse et souvent d'une certaine gravité. Il importe donc, en présence d'une extraction s'annonçant comme devant présenter quelque difficulté, que l'opérateur s'entoure de toutes les garanties matérielles et morales nécessaires (matériel opératoire, salle appropriée, possibilité d'anesthésie générale, hospitalisation éventuelle, etc...).

En raison de l'importance de cette communication et de l'abondance des sujets à l'ordre du jour de la séance, le Président propose que la discussion soit remise à la séance suivante.

M. le Dr Pierre Even, député des Côtes-du-Nord, fait un exposé critique de la loi sur les Assurances sociales notamment dans ses répercussions sur le fonctionnement des soins médicaux. Il fait remarquer que la loi est actuellement d'une interprétation difficile, prêtant à confusion, qu'elle permettrait le développement des abus dont on s'est plaint à propos du fonctionnement des lois sur les accidents de travail, sur les soins aux mutilés.

Il conclut en faisant ressortir la grande importance pour tous les praticiens de présenter leurs revendications de façon unanime et de ne pas donner l'impression au Gouvernement d'un flottement qui serait exploité au détriment du corps médical tout entier. Il cite en terminant une opinion du Dr *Merlin*, sénateur, publiée dans une revue : « La loi sur les Assurances sociales est une nécessité, elle marque un progrès et il est souhaitable que la France franchisse cette étape, d'autres nations lui ont ouvert cette voie depuis de longues années ». D'autre part, cette loi ne doit pas aboutir à un abaissement matériel et moral de la profession médicale, car elle serait inopérante et même néfaste. Par conséquent, désireux de collaborer à cette loi, le corps médical demande que ses revendications soient écoutées et dans ces conditions il deviendra pour le Gouvernement un de ses collaborateurs les plus précieux.

M. G. Villain présente un film du *Dr Avary*, de San-Francisco, sur la technique de la Jaoket-Crown. La Société d'Odontologie est vivement intéressée par ce film documentaire qui donne de cette technique délicate tout ce qu'il faut pour qu'un professionnel non entraîné puisse aborder avec succès la confection de cette couronne dont on peut dire qu'elle est le summum de la restauration esthétique.

En raison de l'heure tardive, la communication de *M. P. Housset* est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à 23 heures 45.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 janvier 1929.

Notes sur la denture temporaire de M. Herpin. — L'auteur, dont nous connaissons les travaux si intéressants, considère les dents de lait comme des organes en voie de disparition et appuie cette opinion d'exemples pris chez l'homme et diverses espèces animales.

Ostéomyélite subaiguë de la mandibule, par M. le Prof. LEMAITRE et Ch. RUPPE. — Ces auteurs décrivent une nouvelle forme clinique de l'ostéomyélite de la mandibule, caractérisée par la discrétion des symptômes généraux, la lenteur de son évolution, l'aspect très spécial des lésions anatomo-pathologiques et la bénignité du pronostic. Le traitement curatif est sous la dépendance d'un traitement chirurgical.

Incisives supérieures temporaires « dites dents d'Hutchinson », par F. GINESTET. — L'auteur relate l'observation d'un enfant de 18 mois présentant des troubles dysentériformes qui ont cédé à l'administration de sulfarsénol. Il fut amené à instituer ce traitement par l'examen de la denture et il n'a pas hésité à assimiler les dysmorphoses des incisives de lait à celles que l'on constate souvent sur les incisives supérieures permanentes des hérédo-syphilitiques, ces dernières constituant la dent d'Hutchinson classique.

Hématome, angiome, hémorragie de la gencive — trois cas cliniques par le Dr GORNOUEC. — L'auteur présente trois observations fort intéressantes, l'une d'un hématome de la gencive chez un enfant de deux ans, l'autre d'un angiome chez une femme de 40 ans, la troisième d'une stomatorrhagie chez un malade atteint d'une leucémie aiguë. L'étude de l'étiologie de ces affections amène l'auteur à des conclusions thérapeutiques intéressantes.

Dr CROCQUEFER.

L'EMPREINTE PENDANT L'OCCLUSION

Nous recevons à ce sujet de M. Géo. Aspa, chirurgien-dentiste à Harfleur, la lettre suivante que nous nous empressons de publier :

Harfleur, 14 février 1924.

Mon cher Directeur,

J'ai lu dans la *Semaine Dentaire* du 10 février 1929 l'article d'Alexandre Imbert, par E. Boyer et Maillaud, au sujet de l'empreinte pendant l'occlusion.

Vous n'êtes certainement pas sans vous souvenir de la démonstration que je fis à Rouen lors du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1921 et de la communication que je présentai à la Société d'Odontologie relatée et commentée par l'*Odontologie* du 30 mars 1922.

Je pense qu'à part les signatures la méthode d'Alexandre Imbert ressemble point pour point à la méthode de G. Aspa.

Peut-être qu'en pareil cas l'*Odontologie* pourrait revendiquer la priorité de cette communication et rendre à César...

Je profite de la circonstance pour vous présenter, etc.

G. ASPA.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

39e Congrès Dentaire et Exposition d'Art Dentaire
7-14 *avril* 1929

GRAND PALAIS

Organisée par :

L'Association Générale Syndicale des Dentistes de France (M. Henri Villain, président) *et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France* (M. de Croes, président).

APPEL AUX CONFRÈRES

Tous les confrères ont encore présent à la mémoire l'éclatant succès qu'a remporté en 1928 la *Semaine Odontologique*.

Dans ce cadre magnifique qu'est le Grand Palais tout s'est déroulé aussi parfaitement que possible à la grande satisfaction de tous : Praticiens, conférenciers, exposants. L'enthousiasme était général.

Par la multiplicité et la variété des sujets scientifiques qui y sont traités et qui font honneur à leurs auteurs, par les questions d'intérêt professionnel qui y sont discutées, par l'importante exposition où les fournisseurs se font un véritable orgueil de rivaliser de goût et de zèle, enfin par le nombre considérable de praticiens qui accourent de tous les coins de la France et de l'Etranger pour y prendre part et pour récolter une ample moisson d'enseignement et de renseignements utiles, la *Semaine Odontologique* est consacrée comme la plus belle manifestation dentaire nationale. Elle s'affirme, elle s'impose à tous ceux qui ont l'amour et la dignité de la profession qu'ils exercent.

Tous les chirurgiens-dentistes peuvent être fiers de cette manifestation qu'aucune autre du même genre n'a jamais égalée. Certes l'émulation a gagné d'autres Groupements, même dans d'autres branches différentes de l'Art dentaire : on voit poindre un peu partout des Congrès similaires. Qui oserait s'en plaindre ? Nous sommes heureux de voir notre exemple apprécié et suivi. Cette pensée nous réconforte, allège le poids de nos efforts inlassables et remplit de joie notre cœur. Nous ne sommes plus au temps où un obscurantisme outrancier donnait un insolent orgueil à ceux qui savaient quelque chose, lesquels, croyant posséder un privilège divin, couvraient de mystère le peu de savoir qu'ils avaient acquis.

On dit que la science n'a point de patrie ; elle devrait commencer en France par ne plus avoir de partis. Nous avons maintes fois donné des

preuves de notre attachement à cet idéal qui est le nôtre et nous déclarons une fois de plus que la *Semaine Odontologique* est une vaste maison dont les portes restent toujours grandes ouvertes à tous ceux qui voudront l'honorer de leur présence, à tous ceux qui voudront apporter à la collectivité le résultat de leurs minutieuses et patientes recherches, de leurs théories, de leurs doctrines ; les controverses, intéressantes autant qu'instructives, forment la trame, la base des solutions des problèmes ardus qui y sont discutés.

La *Semaine Odontologique*, organisée par l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, aura lieu cette année du 7 au 14 avril prochain au même endroit, dans le même cadre, c'est-à-dire au Grand Palais. Est-il besoin de faire un retentissant appel aux confrères pour qu'ils y viennent tous ? Nous sommes sûrs qu'ils ne failliront pas à cette tâche. C'est un devoir pour eux de participer à ce Congrès qui est le leur , c'est un devoir pour eux d'en rehausser l'éclat soit par des communications, soit par leur présence.

Ils en retireront d'appréciables avantages tant au point de vue scientifique qu'au point de vue des nouveaux et utiles perfectionnements apportés dans l'instrumentation, dans tout le matériel indispensable à l'exercice de notre art.

Le Comité toujours vigilant, toujours à l'affût de ce qui pourrait intéresser les praticiens, malgré l'écrasante besogne et la lourde charge qu'il a assumées, a déjà fait les démarches nécessaires et obtenu une réduction de 50 % sur les chemins de fer français sur tous les réseaux, à tous ceux qui, habitant la Province ou l'Etranger, viendraient assister à notre *Semaine Odontologique*, ainsi qu'à leur femme.

Il a pensé aussi qu'une petite trève durant les travaux du Congrès était salutaire et ferait plaisir à plusieurs sinon à tous. Il a organisé une visite dans les admirables et immenses usines Citroën, dont la renommée est mondiale.

Il a aussi prévu et sollicité une visite aux Laboratoires modèles de Garches où se préparent tous les sérums pour l'Institut Pasteur. Ces laboratoires aussi instructifs que curieux remplissent les derniers progrès de la science. L'autorisation a été très aimablement accordée par son éminent directeur, le Dr Ramon, inventeur de la précieuse ANATOXINE, universellement adoptée pour la prophylaxie de la *diphtérie*. Le Dr Ramon guidera lui-même les visiteurs et fera même des démonstrations et expériences. C'est dire tout l'intérêt et l'attrait de cette visite.

Les distractions n'ont pas été oubliées et quelques soirées y seront consacrées. Un programme spécial est à l'étude et sera porté à la connaissance de tous.

Il serait superflu de souligner l'importance toujours croissante que

prend chaque année la *Semaine Odontologique.* Nous n'en voulons pour preuve que l'affluence des étrangers : ils étaient nombreux l'année dernière — près de 200 — et représentaient treize nations. Si cela continue, et nous l'espérons fort bien, la *Semaine Odontologique* deviendra le *Congrès Odontologique Franco-Européen*, et les huit jours actuels suffiront à peine à la tâche. Quel bel avenir pour la profession le jour où de tous les points de l'Europe on viendra nous apporter les dernières méthodes, les derniers progrès !

Ajoutons que le Banqnet aura lieu le jeudi 11 avril 1929, à 19 heures 30, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale.

Y adhérer est un devoir par déférence pour les invités et pour l'honneur de la profession.

CONFRÈRES, N'OUBLIEZ PAS LA *SEMAINE ODONTOLOGIQUE* DU 7 AU 14 AVRIL, AU GRAND PALAIS.

Le Comité.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

Le Ve Congrès international de Médecine et de Pharmacie Militaires se tiendra à Londres, du 6 au 11 mai 1929, sous le haut patronage de Sa Majesté le Roi d'Angleterre.

Tous les officiers du Service de Santé des réserves (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration) sont invités à ce congrès.

Leur participation à ce Congrès sera comptée pour une période de service, sans solde, de 10 jours. Ils bénéficieront pour le voyage du tarif militaire, à l'aller et au retour, entre leur résidence et le port d'embarquement.

Les officiers désireux d'y assister devront adresser directement leur adhésion (ci-joint un modèle), au Secrétariat du Congrès, à Londres (Ministère de la Guerre à Withehall, London S. W. I.) au plus tard pour le 1er février 1929, date fixée par le Bureau du Congrès, auquel il a été d'ailleurs demandé de proroger ce délai jusqu'au 1er mars.

Ils voudront bien rendre compte de leur participation à cette manifestation à la Direction du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris où leur seront donnés tous les renseignements relatifs à l'organisation du Congrès au fur et à mesure qu'ils parviendront, et où les imprimés nécessaires seront mis à leur disposition.

***

I. — Le Comité d'organisation du Congrès a bien voulu reporter du

1er *février* au 1er *mars* 1929 la date jusqu'à laquelle pourraient être adressés au Secrétariat du Congrès les bulletins d'adhésion.

II. — Les grands réseaux de chemins de fer français ont décidé d'accorder une réduction individuelle de 1/2 tarif aux congressistes français qui ne bénéficient pas déjà d'une réduction au tarif militaire, et à leur femme les accompagnant, entre leur résidence et le port d'embarquement.

Les congressistes désirant bénéficier de ces avantages devront joindre tous renseignements utiles à leur bulletin d'adhésion, afin de permettre aux organisateurs du Congrès de transmettre à chacun des réseaux intéressés la liste nominative des personnes devant emprunter ces lignes, avec indication, pour chacune d'elles, de la gare de départ, de transit ou de destination à l'aller et au retour.

Les bons individuels de 1/2 tarif seront ensuite adressés au Comité d'organisation qui les fera parvenir aux intéressés. Ces bons seront valables du 1er au 16 mai 1929 inclus et seront passibles de l'impôt de 15 % prévu par les lois des 29 juin 1918 et 22 mars 1924, portant sur la faveur accordée.

Il est rappelé aux Officiers de réserve du Service de Santé que tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation de ce congrès leur seront fournis par la Direction du Service de Santé de la région de leur résidence.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS

Les prochaines *Journées médicales de Paris* auront lieu du 9 au 14 juin 1929 : elles sont organisées avec le concours de la *Revue Médicale Française* et de ses collaborateurs et sont ouvertes à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Léon TIXIER, 18, rue de Verneuil, Paris (7e).

CONGRÈS INTERNATIONAL A BUDAPEST

On annonce qu'un Congrès international de *Dentisten* (techniciens, mécaniciens, praticiens sans diplôme académique) aura lieu du 18 au 20 mai, à Budapest, avec une exposition d'articles dentaires.

On peut s'étonner qu'un pareil congrès ait lieu dans la forteresse de la stomatologie ; mais les extrêmes se touchent.

(*Dent. Ref.*, 15 janvier 1929).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CLIMATOLOGIE ET D'HYGIÈNE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des symptômes des maladies chroniques coïncidant avec le passage des taches solaires au méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages de taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1929 est particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvelle, dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement, si la question vous intéresse ; — si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, etc.

Le Président, Dr M. FAURE.

Adresser la correspondance au Dr M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, du 15 novembre au 15 mai, et à Lamalou (Hérault), du 15 mai au 15 novembre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES DE PAQUES SUR LA COTE-D'AZUR.

Comme les années précédentes, la Société Médicale du Littoral organise un voyage, à l'occasion de Pâques (Voyage Rose). La concentration se fera à Nice puis on visitera successivement le Cap-d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu.

Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société Médicale du Littoral. Partout, les richesses thérapeutiques de cette région sans égale, leur seront présentées et expliquées. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les indications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable. Le trophée romain de la Turbie, les grottes préhistoriques de Grimaldi, le château et l'élevage de singes du Dr Voronoff, l'observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire musée océanographique de Monaco, seront l'occasion de très intéressantes promenades.

A ce beau voyage sur la Côte-d'Azur, se rattacheront des excursions en Italie, dans les Alpes et en Corse, au gré des voyageurs.

Moins étendu, et par conséquent moins coûteux que le grand voyage international de Noel (Voyage Bleu), organisé aussi par la même société, le voyage de Pâques permet aux familles de médecins de voir la Côte-d'Azur dans une semaine à une époque particulièrement riante, et avec des facilités et des agréments que l'on ne peut trouver réunis ailleurs au même degré.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société Médicale 24, rue Verdi, Nice.

CROISIÈRE ANNUELLE DE « BRUXELLES-MÉDICAL » « AU CERCLE POLAIRE »

La croisière médicale organisée annuellement par *Bruxelles-Médical* s'effectuera en été 1929, « au Cercle Polaire » et durera 24 jours. L'itinéraire, qui permettra la visite des plus jolis fjords de Norvège, des îles Lofoden, des îles Feroë, des îles Shetland, du Firth of Forth (Edimbourg) sera le suivant :

(BORDEAUX), ZEEBRUGGE, KOPERVIK, NORHEINSUND, BERGEN, GUDVANGEN, BALHOLM, LOEN, MEROK, AANDALSNAES, SVARTISEN (puis Cercle Polaire), DIGERMULEN (îles Lofoden), THORSHAVN (îles Feroë), LERWICK (îles Shetland), LEITH (Edimbourg et lacs d'Ecosse), ZEEBRUGGE (BORDEAUX).

Le départ et le retour se feront de et à Zeebrugge, ce qui permettra de visiter Bruges.

Le paquebot ayant son port d'attache à Bordeaux, les personnes qui désireraient s'embarquer dans ce port pourront le faire moyennant un très léger supplément. L'escale de Zeebrugge sera suffisante pour visiter Bruges et Ostende.

Le navire qui effectuera la croisière est le paquebot de grand luxe, à moteurs, *Brazza* (16.000 tonnes, 144 mètres de longueur).

Deux classes sont prévues avec, comme prix inférieur 2.500 francs.

français (deux de classes mixtes). Deux tarifs ont été établis, l'un pour les médecins et leurs familles (femmes et enfants célibataires), l'autre pour les personnes étrangères au corps médical, *mais avalisées par leur médecin de famille.* Des excursions seront organisées dans tous les ports. Le prix en sera extrêmement réduit malgré le change élevé des pays visités.

Le coût du voyage sera nettement inférieur à celui de l'an dernier.

Pour tous renseignements et les inscriptions s'adresser dès maintenant à la *Section de Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles. Il sera tenu compte des dates d'arrivée des demandes.

BIBLIOGRAPHIE

A. BOULAND et R. BOISSIER. — **Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique.** — (L'expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris).

MM. Bouland et Boissier viennent d'éditer sous ce titre un volume de 300 pages. A la suite d'une introduction, l'ouvrage est divisé en cinq livres : 1° Pharmacologie : agents chimiques, physiques, biologiques ; 2° Syndromes comprenant l'art de formuler, la douleur, l'infection, l'hémorragie, la syncope, la médication calcique ; 3° Maladies de la bouche et des dents ; 4° Thérapeutique préventive : dentifrices et brosses, stérilisation ; 5° Annexes : examens de laboratoire, jurisprudence, données numériques.

Dr Pierre PILLIÈRE DE TANOUARN. — **Ostéite diffuse nécrosante aiguë des maxillaires (Paris, Louis Arnette, 1928).**

M. Pierre Pillière de Tanouarn, fils de notre collègue, membre du Conseil d'administration et bibliothécaire de l'Ecole dentaire de Paris, vient de consacrer sa thèse inaugurale à l'ostéite diffuse nécrosante aiguë des maxillaires.

Après une introduction, il étudie l'ostéo-myélite vraie des mâchoires et l'ostéo-périostite des maxillaires et présente un certain nombre d'observations.

Il aborde ensuite l'ostéophlegmon diffus et la dent de sagesse inférieure et présente également plusieurs observations.

Des planches et des figures illustrent ce travail de 75 pages, accompagné d'une origine bibliographique.

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

Ainsi nous pensons :

1° Qu'on devrait systématiquement différencier l'ostéomyélite vraie des mâchoires où les dents ne sont pour rien ou presque, dans cette terrible affection et l'ostéophlegmon dentaire où la dent à pulpe gangrenée est la cause initiale et nécessaire de l'affection ;

2° Cet ostéophlegmon, quel que soit le maxillaire atteint, peut être limité, c'est la règle : ostéophlegmon simple. L'affection peut diffuser et atteindre des proportions considérables : ostéophlegmon diffus ;

3° Eliminant d'emblée toute inflammation lente ou chronique, bien que les cas étudiés portent sur des sujets non atteints de syphilis, nous devons reconnaître la fréquence relative de l'association ostéophlegmon diffus et syphilis ;

4° Cliniquement, schématiquement, il existe deux grandes formes d'ostéophlegmon diffus à côté de formes multiples :

a) Une première, où l'affection se cantonne au bord dentaire des maxillaires, frappant l'appareil dentaire sur une plus ou moins grande étendue ; une à une les dents deviennent douloureuses, s'ébranlent et sous une véritable poussée de pus sont expulsées en trois, quatre, cinq jours ;

Véritable pyorrhée alvéolaire aiguë : c'est surtout le bord alvéolaire qui aura été frappé : l'os mort s'éliminera par des séquestres petits et nombreux : c'est surtout la forme étudiée ;

b) A côté de cette forme, évoluant parfois un peu plus lentement, existe une forme qui frappe l'appareil dentaire sur une plus ou moins grande étendue, mais où l'os est atteint profondément. C'est cette forme que l'on rencontre comme complication de la carie d'une dent de sagesse au maxillaire inférieur, déterminant parfois une solution de continuité de ce maxillaire (amenant ainsi l'appareillage) ou même la nécrose totale de ce maxillaire : c'est l'ostéite diffuse nécrosante ;

5° Il est bien certain que toutes les formes cliniques sont possibles, en particulier une forme suraiguë. Les formes se confondent avec l'ostéomyélite, l'ostéopériostite, l'ostéite de certains auteurs ;

6° Le traitement, en tout cas, pourra être médical et vaccinal : préventif, c'est-à-dire qu'aucune dent cariée ne devra être conservée, non traitée.

Mais l'affection déclarée, il sera chirurgical.

Retirer toujours la dent causale et, le plus rapidement possible, suivre la lésion pas à pas en ne la dépassant jamais : à ce prix, le pronostic fonctionnel sera mauvais puisque l'appareil dentaire peut être fortement touché, mais le pronostic vital toujours réservé bien que rarement mortel ; par suite du milieu même où se développe l'affection, il est impossible d'en prévoir l'évolution.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro (janvier 1929) de *La Stomatologie*, bulletin trimestriel de l'Association stomatologique internationale.

Revue de l'Hôpital Saint-Michel

L'Hôpital Saint-Michel qui compte parmi ses médecins : Drs Joseph Récamier, Jacques Récamier, Paul Petit-Dutaillis, Victor Pauchet, Maurice Delort, Flavien Bonnet-Roy, Prof. Heitz-Boyer, Drs Henri Lagrange, Rubens-Duval, André Sorel, Clément Simon, fait paraître à partir de janvier 1929 sa revue.

Elle publiera tous les deux mois un compte rendu de la vie si active de cet important centre hospitalier, des articles originaux, une importante revue des livres des Sociétés savantes, des revues.

C'est à notre connaissance en France, le premier périodique émanant d'un hôpital.

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN ARTICLE DE LOI QUI INTÉRESSE DOCTEURS EN MÉDECINE ET CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous recevons de notre confrère M. Henri Ploton, chirurgien-dentiste, à Nîmes, un article publié sous sa signature dans l'*Echo Médical des Cévennes*. Nos lecteurs pourront voir que les confrères qui n'ont pas la chance d'habiter une ville de Faculté s'aperçoivent que même en tenant compte des hypothèses les plus favorables, c'est-à-dire au cas où des mesures transitoires avec larges équivalences seraient votées, ils seraient inévitablement sacrifiés dans le nouvel état de choses proposé par certains Groupements. Comme nous avons de bonnes raisons de penser que les mesures transitoires seraient encore moins généreuses nous pouvons bien affirmer que les réformes que nous combattons n'apporteraient aucun avantage à la très grande majorité de nos confrères.

N. D. L. R.

On sait qu'un projet de loi, dit « Projet de Réforme des Etudes dentaires », vient d'être déposé au Sénat.

Il tend à unifier la profession par le doctorat en médecine en supprimant la collation du diplôme de chirurgien-dentiste et en offrant aux chirurgiens-dentistes en exercice la possibilité de prendre le doctorat en médecine.

L'article 5 *qui constitue les dispositions transitoires est ainsi conçu :*

« Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un chirurgien-dentiste pourra obtenir le grade de docteur en médecine ».

Si les médecins ont intérêt à étudier les conséquences de cette mesure, les chirurgiens-dentistes doivent être mis en garde contre cet article qui semble leur offrir en compensation un doctorat en médecine

dont l'accès soumis après *le vote de la loi à un règlement d'administration publique risque de leur être rendu inaccessible.*

Dans quelles conditions en effet le doctorat en médecine pourra-t-il être postulé par les chirurgiens-dentistes ?

Les précisions manquent à ce sujet. L'exposé des motifs n'en parle point, les syndicats médicaux qui, dans ce cas, ont vraiment voix au chapitre n'ont pas été consultés. Ce n'est que dans le protocole, dit protocole Herriot, et dans les comptes rendus d'assemblées générales de deux groupements corporatifs que nous pouvons trouver quelques éclaircissements sur ce point.

Le 2 mars 1928 un protocole dont je n'extrais que l'article suivant a été dressé :

Art. 3 : Le ministre de l'Instruction publique se déclare décidé à sauvegarder les intérêts des chirurgiens-dentistes actuellement en exercice ou en formation par les mesures transitoires les plus larges, c'est-à-dire en assurant à ce personnel l'option entre le statu quo, une accession facilitée au Doctorat en Médecine d'Etat, *et un titre spécial délivré pendant la période de transition.*

Ce protocole a été signé par M. Edouard Herriot, ministre de l'Instruction publique, M. Billoret, président de l'Association française des Chirurgiens-Dentistes, MM. Marquet et Cayrel, tous deux députés et tous deux chirurgiens-dentistes, MM. Fargin-Fayolle et Tellier, stomatologistes, auxquels il ne manquait qu'un représentant qualifié des Syndicats Médicaux.

De son côté, l'Association française des Chirurgiens-Dentistes, qui a pris une part active à l'élaboration du projet de loi, assure dans son Bulletin que pour le doctorat *en médecine d'Etat l'équivalence de douze inscriptions dentaires* serait accordée *pour douze inscriptions en médecine. Les chirurgiens-dentistes n'auraient donc que huit inscriptions complémentaires à prendre, ce qui représente deux années d'études médicales. Je ne sais ce que penseront les Syndicats Médicaux d'un diplôme de docteur en médecine délivré avec autant de facilité.* Un fait est certain, c'est que tous les chirurgiens-dentistes habitant *hors* d'une ville de Faculté seront dans *l'impossibilité absolue* de postuler le doctorat en médecine. Seuls, quelques privilégiés profiteront de la réforme, les autres seront sacrifiés.

Dans le compte rendu sténographique de l'assemblée extraordinaire du Syndicat des médecins stomatologistes, du 2 avril 1928, j'ai relevé cette déclaration du docteur Nespoulous :

« Il ne me paraît pas possible, du point de vue de l'intérêt public, « que la réforme puisse être payée aux dépens de la médecine et du « corps médical. Les stomatologistes en tant que docteurs en médecine « éliront et devront soutenir les seules dispositions transitoires qui, « étant honorables ou avantageuses pour les chirurgiens-dentistes, ne « seront pas susceptibles de nuire à la sauvegarde du public, le premier « intéressé à la question. »

Le doctorat en médecine envisagé comme mesure transitoire ne me semble pas répondre aux légitimes préoccupations du Dr Nespoulous.

De plus, il ne peut donner satisfaction aux chirurgiens-dentistes. En effet, ou ce doctorat sera délivré avec des facilités et l'intérêt du public ne sera pas sauvegardé, ou ce doctorat ne pourra être obtenu qu'après des études complètes et effectives en ce qui concerne le stage hospitalier et les travaux pratiques et il sera inaccessible aux chirurgiens-dentistes qui, établis hors d'une ville de Faculté, ne pourront pas abandonner leur cabinet et leur foyer pour poursuivre leurs études médicales.



A l'assemblée générale extraordinaire des Médecins stomatologistes, le Dr Pietkiewicz a dit :

« L'immense majorité des chirurgiens-dentistes est composée « souvent de praticiens de grande valeur, toujours consciencieux, « honnêtes et travailleurs et qui présentent des qualités auxquelles « nous rendons tous hommage. »

Si l'article 5 subsistait dans sa première rédaction ce serait ceux-là qui, *loin* d'une ville de Faculté, dans l'impossibilité de faire leurs études médicales, seraient sacrifiés.

Je ne vois pas en quoi ces mesures transitoires, qui ne profiteront qu'à une catégorie de privilégiés, *pourront, selon les termes du protocole Herriot, « sauvegarder les intérêts des chirurgiens-dentistes en exercice » au moment du vote de la loi.*

Mes confrères apprécieront.

Aux Syndicats médicaux qui n'ont pas été consultés au moment de l'élaboration de ce projet je pose cette question : Que pensez-vous des dispositions transitoires ?

Henri PLOTON.

LE DOCTOTAT EN MÉDECINE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous empruntons ce qui suit au *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine* de novembre 1928 :

Réunion du 29 juin 1928.

M. Coldefy *rappelle que M. Herriot a proposé d'accorder aux chirurgiens-dentistes de grandes facilités pour leur faire délivrer le diplôme de docteur en médecine, ceci afin que plus tard tous les dentistes soient docteurs. Il donne lecture du protocole Herriot paru dans le* Bulletin de l'Association française des Chirurgiens-Dentistes *de février* 1928.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Hartenberg, Bongrand, Sénéchal, Hartmann, Tissier, Coldefy.

M. Hartenberg *pense que nous ne devons pas permettre que qui que ce soit, n'ayant pas passé son baccalauréat, fait des études médicales, pris ses inscriptions, passé ses examens, puisse avoir le droit d'exercer la médecine. Notre droit et notre devoir au Syndicat des Médecins de la Seine c'est de défendre le doctorat en médecine.*

M. Hartmann *est du même avis.*

MM. Bongrand *et* Pamart *rappellent diverses phases de la campagne menée par les dentistes et la réaction légitime de défense qu'elle a provoquée de la part du corps médical.*

M. Sénéchal *propose de protester énergiquement en rappelant la protestation précédente de l'Union et en ajoutant que nous avons un projet de réorganisation des études dentaires.*

M. Tissier-Guy *pense que, pour le moment, nous n'avons peut-être pas suffisamment étudié les conditions de réalisation des études dentaires et que nous devrions nous en tenir à la protestation.*

M. Coldefy *n'est pas de cet avis. Nous devons dire ce que nous voulons que l'on fasse et notre ordre du jour doit avoir une partie constructive sous peine de voir la partie adverse, qui a de forts appuis politiques et démagogiques, construire aux dépens de nos droits acquis*

M. Hartenberg *se rallie finalement à cette opinion.*

Le Conseil décide que la question sera reprise à un prochain conseil et qu'un ordre du jour énergique de protestation présenté par la Commission de défense professionnelle y sera mis aux voix.

COMMISSION DE RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

(EXTRAIT).

Réunion du samedi 30 juin 1928.

La Commission s'est réunie au siège du Syndicat des Médecins de la Seine, le 30 juin à 21 heures.

Présents : MM. BARLERIN, BOUDIN, FANTON D'ANDON, PIETKIEWICZ, SOLAS, TISSIER-GUY et COLDEFY, secrétaire.

Conseil juridique : Me VACHETTE.

Excusés : MM. PAMART, Armand LÉVY et Me GEOFFROY.

LE DOCTORAT EN MÉDECINE DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

Le Dr Coldefy *donne lecture du protocole Herriot paru dans le* Bulletin mensuel de l'Association française des Chirurgiens-Dentistes *de février* 1928. *Il résume rapidement les avantages et les inconvénients et propose l'ordre du jour suivant* :

Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine, considérant :

1° *Que le baccalauréat est nécessaire pour assurer la culture générale indispensable à la base du doctorat en médecine et de ses diverses spécialités* ;

2° *Que les études médicales, y compris l'art dentaire, constituent un tout dont les éléments sont solidaires comme les diverses parties de l'organisme humain lui-même* ;

3° *Que si des mesures transitoires s'imposent pour favoriser l'évolution normale et désirable de la profession dentaire vers le doctorat en médecine, ces mesures ne sauraient être prises au détriment des droits acquis des docteurs en médecine en exercice comme aussi au détriment des droits des étudiants en médecine en cours de scolarité* ;

Sans méconnaître la nécessité de stages spéciaux pour la pratique des diverses branches de la médecine, y compris l'art dentaire ;

Sans méconnaître également l'urgence d'une réorganisation des études dentaires dans les Facultés de médecine avec l'apport sauvegardé de l'enseignement dentaire actuellement existant ;

Proteste contre les propositions formulées dans son ordre du jour du 1er avril 1928 par l'Association française des Chirurgiens-Dentistes ;

Se déclare prêt à s'opposer par tous les moyens légaux à leur réalisation ;

Demande purement et simplement que, pour le respect de tous les intérêts en cause, le doctorat en médecine, avec baccalauréat bien entendu, soit désormais exigible à la base de l'exercice de l'art dentaire, avec une période de transition permettant aux étudiants dentistes actuellement en cours d'études de terminer leur scolarité ;

Demande que les stages de spécialités dans les diverses Facultés soient réorganisés et complétés, mais dans le cadre du doctorat en médecine et sans diplômes spéciaux, obligatoires ;

Demande que les écoles dentaires actuellement existantes soient utilisées pour l'enseignement dentaire donné par les Facultés de médecine.

La discussion s'engage à propos de cet ordre du jour :

Le Dr Solas *voudrait connaître l'opinion du S. M. S. au sujet du protocole Herriot. Il pense que des réformes s'imposent quant au diplôme de chirurgien-dentiste, mais il est partisan d'une évolution lente ; il faut éduquer peu à peu les chirurgiens-dentistes, leur imposer d'abord le baccalauréat, puis des difficultés de plus en plus grandes pour l'obtention du diplôme, mais ne pas bouleverser d'un seul coup la profession.*

Les dentistes, d'après les chiffres donnés par le Dr Solas, *ne sont pas assez nombreux en France* (1 *pour* 8.000 *habitants*), *leur nombre décroissant par suite des difficultés imposées ne pourrait que favoriser la floraison de l'exercice illégal.*

Le Dr Tissier-Guy *demande si la transformation des études de chirurgien-dentiste a un intérêt réel.*

Le Dr Solas *répond par l'affirmative, il y a beaucoup trop de mauvais dentistes en France, conséquence de l'enseignement libre donné dans certaines Ecoles dentaires qui ne font pas tout leur devoir, n'exigeant pas la présence des étudiants, etc...*

Sur demande du Dr Tissier-Guy, *le* Dr Solas *expose le fonctionnement de l'enseignement dentaire en France.*

L'enseignement n'est donné à la Faculté de médecine qu'à Bordeaux, Strasbourg, Lille et Nancy. A Paris et ailleurs, l'enseignement est donné dans des écoles privées : toutes ont des rapports avec la Faculté de médecine, et l'Etat seul délivre les diplômes.

Le Dr Pietkiewicz *prend ensuite la parole et expose le point de vue du Syndicat des Médecins stomatologistes qui d'emblée demande pour les chirurgiens-dentistes l'obligation d'être pourvu du diplôme d'Etat de docteur en médecine, mais affirme officiellement pour les*

mesures transitoires qu'aucune proposition ne sera acceptée par les stomatologistes sans accord préalable avec le corps médical.

Le Dr Solas *propose qu'une commission soit nommée pour que médecins et dentistes étudient ensemble la question et prennent d'accord une décision relative au projet de loi.*

Cette proposition n'est pas acceptée et l'ordre du jour suivant du docteur Pietkiewicz *est voté par tous, sauf par le* Dr Solas.

ORDRE DU JOUR.

Le S. M. S. se déclare une fois de plus partisan de la nécessité du doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire, conformément à la loi actuellement déposée au Sénat, réprouve d'avance toutes les mesures transitoires qui porteraient atteinte aux droits acquis des docteurs en médecine et n'acceptera que celles qui seront prises d'accord avec les Facultés de médecine et les représentants du corps des chirurgiens-dentistes et du corps médical organisé.

DIFFAMATION ENVERS LES CHIRURGIENS-DENTISTES. CONDAMNATION

La 12e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine a rendu dans son audience du vendredi 28 décembre 1928 un jugement fort important en matière de diffamation et d'injures. Au point de vue juridique, il a admis les associations et syndicats de notre corporation à exercer l'action pénale pour voir condamner des faits portant atteinte aux intérêts professionnels généraux.

Audience du vendredi 28 décembre 1928.

12e CHAMBRE.

1° Pour la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, dont le siège est à Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, poursuites et diligences de son trésorier, le sieur Crocé-Spinelli ;

2° L'Association Générale Syndicale des Dentistes de France, dont le siège est à Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, poursuites et diligences de son président, le sieur Villain ;

3° Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, dont le siège est à Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, poursuites et diligences de son président, le sieur de Croës ;

4° L'Association Générale des Etudiants de Paris, dont le siège est à Paris, 13 et 15, rue de la Bûcherie, poursuites et diligences de son trésorier, le sieur Dijou ;

5° L'Association de l'Ecole Odontotechnique, dont le siège est à Paris, 5, rue Garancière, poursuites et diligences de son président, le sieur Rodolphe, représenté par Maître Aron, avoué, qui a déposé des conclusions.

Contre : Le sieur GROC Raymond-Jules-Charles-Antoine, 41 ans, docteur en médecine, né le 7 février 1887, à Douai (Nord), de Louis-Raymond et de Badenhuyer Marguerite-Eugénie-Louise, marié, sans enfant, demeurant à Paris, 40, rue d'Enghien.

Le sieur CACHERA André-Adolphe-Joseph, 34 ans, docteur en médecine, né le 9 septembre 1894, à Paris, 9e arrondissement, de Charles-Louis-Joseph et de Brack Antoinette-Alice, marié, deux enfants, demeurant à Paris, 17, rue Théodore-de-Banville.

INJURES. DIFFAMATION.

En présence du Procureur de la République,

Le Tribunal après en avoir délibéré conformément à la loi. Attendu que suivant exploit du 5 mars 1928, les sieurs Groc, gérant de la Revue Mensuelle, *Le Lien médical*, et le Docteur Cachera ont été cités devant le tribunal correctionnel de la Seine, sous l'inculpation d'injures et de diffamation, à la requête :

1° La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ; 2° L'Association générale Syndicale des Dentistes de France ; 3° Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, ayant tous trois leur siège, à Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne ; 4° L'Association générale des Etudiants de Paris, dont le siège est à Paris, 13 et 15, rue de la Bûcherie ; 5° L'Association de l'Ecole Odontotechnique, dont le siège est à Paris, 5, rue Garancière.

Attendu que dans la revue *Le Lien médical* (n° de janvier 1928), a paru sous le titre « Dissection. Le Chirurgien-Dentiste », sous la signature du Dr Cachera, un article contenant les passages suivants : « Une fois à l'Ecole, le néophyte s'achète un béret de velours, dont le ruban violet s'adorne d'une molaire.

« Il est tout guilleret, peu importe qu'il n'ait pas compris la règle des participes, ou qu'il place la Guyane en Afrique, il est étudiant. Est-ce cette assimilation qui développera son goût pour les titres usurpés ?

« Peut-être en attendant, à la faveur de l'ambiance un autre goût survient, c'est celui du gain, ce qui prouve que l'état d'esprit collectif d'une école s'impose fatalement à tous ses élèves. Quand le jeune étudiant est-il ravi de sa journée ? Quant à la consultation gratuite qui a lieu le matin, à l'Ecole, il a pu « estamper » une malheureuse bonne, en lui représentant que pour un prix modique, il remplacerait l'amalgame par de l'or. Pipeau magique. En échange de deux francs du précieux métal, il extirpe vingt francs à sa cliente. Et quelle explosion de rire quand il raconte son exploit à ses camarades. Chacun des élèves n'aura dès lors qu'une préoccupation quand un nouveau consultant lui tombera sous la main ? Comment en retirer quelque argent : Cet état d'âme devient très facilement chronique et indélébile... Mais dans le frisson qui lui parcourt l'échine, entre un peu de la joie inquiète du voleur, qui a réussi, jouissance amère et puissante, mais un peu hybride... Et bientôt il rêve de rendre légal un titre si enviable et il s'agite dans l'ombre, au sein de son Syndicat et il intervient doucereusement auprès des politiciens bien placés. Tantôt, il réclame la création d'un doctorat en chirurgie dentaire, tantôt il essaye, par de savants et tortueux travaux d'approche, de faire interdire l'exercice de l'art dentaire aux docteurs en médecine ».

Attendu en droit que la recevabilité de l'action introduite par les associations susvisées ne saurait être et n'est d'ailleurs pas contestée. Qu'il est constant en jurisprudence que les associations ou les syndicats ont le droit de se porter parties civiles dans les poursuites motivées par des faits délictueux préjudiciables aux intérêts qu'ils représentent à la condition toutefois que les intérêts collectifs dont s'agit, aient été directement lésés par le fait poursuivi (Cass., 17 janvier 1912, D. D. 1923-1-329).

Or, attendu que les passages de l'article incriminé contiennent à n'en

pas douter, indépendamment des épithètes injurieuses, qu'on peut y relever, des imputations diffamatoires contre les diverses sociétés poursuivantes, en dénigrant l'éducation donnée par certaines d'entre elles aux étudiants qu'ils visent et que l'auteur représente comme se livrant habituellement à des pratiques malhonnêtes et déloyales, ou en accusant certaines autres de tolérer et même de propager ces agissements et ces procédés contraires à la délicatesse et à la dignité professionnelle.

Attendu que non seulement les associations qui se rattachent plus spécialement à l'art dentaire, mais encore celles qui défendent les intérêts généraux des élèves de l'Université, ont un intérêt direct et personnel incontestable à la répression des faits délictueux visés dans la citation et qui sont de nature à jeter le discrédit sur la collectivité des étudiants.

Au fond,

Attendu que, sans contester l'existence en la cause des autres éléments de la diffamation, les prévenus soutiennent et font plaider que l'article incriminé revêt un caractère humoristique et nullement diffamatoire. Que son auteur n'a pas voulu, en l'écrivant, porter atteinte à l'honneur ou à la considération des personnes qu'il vise, ni à celle des associations qui ont assumé la charge de leurs intérêts. Qu'en un mot, l'intention de nuire, élément indispensable du délit de diffamation, fait entièrement défaut en l'espèce.

Mais attendu que l'intention de nuire doit s'entendre de sa connaissance, par l'auteur de l'imputation ou de l'allégation du fait reproché, que celle-ci peut porter atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne visée (Lepoittevin, *Traité de la presse*, tome II, nº 750).

Qu'on ne saurait nier, en raison même du caractère nettement diffamatoire de l'article poursuivi, que les prévenus se soient rendu compte des conséquences préjudiciables aux intérêts et à la considération des parties poursuivantes, que cette publication devait nécessairement entraîner. Que dans ces conditions, tous les éléments du délit de diffamation se trouvent réunis dans les faits susvisés. Qu'il en est de même pour le délit d'injures, que l'expression « voleur » employée par l'auteur de l'article suffirait, elle seule, à constituer légalement.

Par ces motifs,

Déclare recevable comme étant légalement exercée l'action des sociétés ou syndicats susvisés.

Dit et juge que le sieur Groc et le Dr Cachera sont à raison des imputations, allégations et expressions injurieuses relatées ci-dessus, suffisamment convaincus des délits d'injures et de diffamation qui leur sont reprochés.

Et leur faisant application des articles 29, 32 et 33 de la loi du 29 juillet 1881, dont lecture a été donnée par le président et qui sont ainsi conçus :

(29) : « Toute allégation, ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne, ou du corps auquel le fait est imputé, est une diffamation.

(32) : « La diffamation commise envers les particuliers par l'un des moyens énoncés en l'article 23 et en l'article 28, sera puni d'un emprisonnement de cinq jours à six mois, et d'une amende de vingt-cinq francs à deux mille francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

(33) : « L'injure commise de la même manière, envers les particuliers, lorsqu'elle n'aura pas été précédée de provocation, sera punie d'un emprisonnement de cinq jours à deux mois, et d'une amende de seize francs à trois cents francs, ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Condamne GROC et CACHERA chacun et solidairement à *vingt-cinq francs* d'amende.

Et statuant sur les conclusions des parties civiles. Condamne GROC et CACHERA chacun et solidairement à payer, à chacune des cinq parties civiles, la somme de *un franc*, à titre de dommages-intérêts. Dit n'y avoir lieu à insertion.

Les condamne en outre aux dépens liquidés, savoir : ceux prélevés sur la consignation, à la somme de neuf francs quatre-vingt-dix centimes, et ceux avancés par les parties civiles, à la somme de deux cent trente francs soixante centimes, plus cinq francs pour droits de poste.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer, pour le recouvrement des amendes, des dommages-intérêts et des dépens.

CORRESPONDANCE

Paris, le 25 janvier 1929.

*Monsieur le Directeur de L'*Odontologie, *Paris.*

*Ma lettre du mois dernier à l'*Odontologie *demandait quel mobile avait guidé M. le Dr Solas dans son intervention au Syndicat des médecins de la Seine, au sujet de nos mesures transitoires. A ma question M. Solas a répondu en me questionnant.*

J'accepterai mon rôle d'interrogé si nous devons partir de prémisses tout à fait nettes ; sinon, il y aurait malentendu et nous causerions pour ne rien dire. Or, cette netteté, qui est le fait de l'Association française des Chirurgiens-Dentistes, manque totalement jusqu'à présent à M. Solas.

Que veut-il ? Les mesures transitoires sont-elles pour lui maintenant la seule affaire, le commencement et la fin de toute réforme et agit-il dans la pensée de monnayer la conception odontologique [1] ? *Non, n'est-ce pas. Son but, c'est évident, est de construire l'avenir et pour lui comme pour nous, les avantages transitoires n'ont qu'un sens complémentaire ; c'est celui que lui donnent et la proposition de loi sénatoriale et le protocole Herriot-Justin Godart du 2 mars 1928.*

Et alors, voici la question préalable : M. Solas en ouvrant au Syndicat de la Seine le débat sur nos mesures transitoires tenait-il pour acquis l'article fondamental des deux projets ci-dessus qui dispose que le doctorat en médecine est indispensable pour la pratique de notre spécialité *et cela non pas dans 30 ans mais dans le délai de 4 ans ?*

Voilà ce qu'il faut que M. Solas nous dise sans réserve ni réticence, aussi simplement que je le lui demande. Après cela, toute conversation devient fructueuse.

Car, si M. le Secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris repousse l'idée-mère que j'indique ou s'il se croît tenu d'éluder la réponse, quelle démarche intempestive, imprudente, dangereuse, n'a-t-il pas faite auprès de ses confrères de la Seine et à quoi bon parler entre nous de transition. Etymologiquement même, ce serait une erreur.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments très distingués.

Marcel BILLORET.

M. le Dr Solas a fait à cette lettre la réponse suivante :

*A M. le Directeur de l'*Odontologie, *Paris,*

Votre estimable correspondant ne paraissant pas satisfait par ma réponse précédente qui manque, à son avis, de netteté, je répète, au risque de fatiguer un peu vos lecteurs, que je reproche à M. Billoret :

D'avoir écrit dans un journal professionnel qu'il était d'accord avec des groupements médicaux et qu'il ne peut prouver cet accord ni par un compte rendu, ni par une lettre, par aucun fait enfin qui puisse être publié.

Une question posée en vue de vérifier les assertions de M. Billoret au Syndicat des Médecins de la Seine a donné des résultats absolument négatifs.

---

1. Je dis bien « conception » car pour « prérogatives » appliqué au chirurgien-dentiste par un docteur en médecine, cela paraît au moins un lapsus.

Le Syndicat des Médecins de la Seine, qui compte plus de quinze cents membres, est décidé à ne soutenir en rien les revendications des chirurgiens-dentistes, je le regrette personnellement, mais c'est un fait particulièrement net.

M. Billoret me reproche d'avoir voulu monnayer la conception odontologique.

Je n'ai aucune qualité pour monnayer quoi que ce soit n'ayant reçu aucun mandat pour cela ; je suis allé au Syndicat des Médecins de la Seine, c'est-à-dire chez moi à titre personnel.

J'ai du reste commencé par déclarer à mes confrères du Syndicat de la Seine que je voterai toutes les propositions qui seraient favorables aux chirurgiens-dentistes.

Enfin, je continue à penser que l'application intégrale de l'obligation du doctorat en médecine est une mesure contraire au développement de notre profession et à l'intérêt public.

Sans préjuger de l'avenir éloigné qui peut être l'odontologie ou la stomatologie, je reste partisan d'un programme évolutif dont la base est de garder le recrutement actuel en l'améliorant suivant les modalités qui ont fait l'objet de nombreuses études, en particulier du projet Frey, Friteau, G. Villain.

Dr L. SOLAS.

P.-S. — A propos de l'aimable petite note en marge du texte de la page 119 nous trouvons dans *Larousse* :

Conception. — Produit de l'intelligence.

Prérogative. — Avantage, privilège exclusif.

Exemple de l'emploi de ces mots : on peut dire :

La CONCEPTION de M... (produit de son intelligence) ne paraît pas aux chirurgiens-dentistes suffisamment avantageuse pour qu'ils abandonnent volontairement les prérogatives (avantages, privilèges, droit de formuler, droit de soigner, etc ...) qu'ils tiennent de leur diplôme.

Comme on le voit par cet exemple le mot prérogative a bien été employé à dessein. La phrase incriminée est du reste suivie d'une autre où il est fait allusion à la nuit du 4 août, et il n'est pas douteux que la noblesse et le clergé ont abandonné en cette fameuse séance autre chose que des *conceptions*.

Il est regrettable que la petite leçon de français soit inopportune, nous ne retenons que l'intention qui était excellente et nous en remercions vivement l'auteur. Dr L. S.

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Par décision ministérielle du 10 janvier 1929, les dentistes militaires de 2e classe ci-après, récemment libérés du service actif, reçoivent les affectations suivantes :

Au Gouvernement militaire de Paris :

MM. Maire (Etienne-René), du 6e corps d'armée ;
Rimmel (Robert-Pierre-Eugène), des troupes du Maroc ;
Goldstein (Roger), des troupes du Maroc ;
Renard (Alexandre-François), de l'armée française du Rhin ;
Dekleermaeker (Marcel-Guillaume), du G. M. P. Maintenu ;
Deffis (Jean-Maurice-Albert), de l'armée française du Rhin ;
Cubertier (Michel-Henri), de l'armée française du Rhin ;
Jamot (André-Michel), du G. M. P. Maintenu ;
Hirou (René-Maurice), du G. M. P. Maintenu ;
Grosman (Maurice), du G. M. P. Maintenu ;
Delval (Alphonse-Alexandre), du G. M. P. Maintenu ;
Millat (Robert), du 5e corps d'armée ;
Millet (Maurice-Louis), du 8e corps d'armée ;
Valentiny (Gaston-Robert), du G. M. P. Maintenu.

A la 1re Région.

MM. Lepez (Georges-Paul-Louis), des troupes de Tunisie ;
Lustre (Julien-Casimir), du 2e corps d'armée ;
Goulois (Jean-René-Paul), de l'armée française du Rhin ;
Duranel (Paul-Louis), du 11e corps d'armée ;
Devis (Jacques-Augustin), du 1er corps d'armée ;
Quievreux (Paul-Joseph), du 10e corps d'armée ;
Senelar (Emmanuel-Victor), du 7e corps d'armée ;
Tincq (Georges-Auguste), du 11e corps d'armée ;
Ansel (Hubert-Augustin), du 1er corps d'armée.

A la 3e Région.

MM. Fougeray (Raymond-Louis), du 3e corps d'armée ;
Adeline (Jean-Marie), du 3e corps d'armée.

A la 9e Région.

MM. Bertrand (Pierre-Francis), du 9e corps d'armée.

A la 10e Région.

M. Le Guay (Georges-Paul), du 10e corps d'armée.

A la 12e Région.

MM. Mortureux (Jean-Maurice), du 20e corps d'armée ;
Fautrier (Robert), du 9e corps d'armée.

A la 13e Région.

M. Delarras (Georges-René), du 19e corps d'armée.

A la 14e Région.

MM. PELICAND (Louis-Joseph), du 19e corps d'armée ;
WOLFF (René-Charles), du 14e corps d'armée ;
CHAUDY (Daniel), du 14e corps d'armée ;
CHAMPEVAL (Louis-Germain), du 14e corps d'armée ;
MATHIEU (Amédée), des troupes de Tunisie ;
BONNARD (Claudius), du 13e corps d'armée ;
LAFAURY (Henri-Albert), du 19e corps d'armée.

A la 15e Région.

MM. GIUSANO (Barthélemy-Jean-Baptiste), du 15e corps d'armée ;
ROUBIEN (Albert-Louis-Philippe), du 15e corps d'armée ;
PEGLION (Georges-Julien), du 15e corps d'armée.

A la 16e Région.

M. RECOULES (Paul-Jean), du 19e corps d'armée.

A la 18e Région.

MM. BARRE (André-Pierre), du 19e corps d'armée ;
COULON (René-Ernest), du 12e corps d'armée ;
DELRIEU (André-Gabriel), des troupes du Levant ;
DARROUX (Roland-Lucien), du 18e corps d'armée.

A la 20e Région.

MM. CERF (Léopold), du 20e corps d'armée ;
WENINGER (Georges-Paul), du 7e corps d'armée.

(*Journal Officiel* du 18 janvier 1929).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ITALIE

Loi du 6 mai 1928 sur la répression de l'exercice abusif des professions sanitaires.

ARTICLE PREMIER. — Quiconque exerce une branche de l'art de guérir sans posséder le titre professionnel nécessaire est puni d'une amende de 500 à 2.000 lire.

En cas de récidive, la peine est l'emprisonnement de 1 à 3 mois et l'amende de 2.000 à 5.000 lire.

Le matériel employé pour commettre le délit est confisqué. En attendant la décision judiciaire, le préfet de la province peut ordonner la fermeture du local où le délit a été commis et, en même temps, la saisie de ce matériel.

ART. 2. — Celui qui, régulièrement autorisé à exercer une profession sanitaire, prête son nom ou son activité professionnelle pour l'exercice illégal précité est frappé des mêmes peines.

La condamnation entraîne la suspension du droit d'exercice pour une période égale à celle de la peine infligée.

ART. 3. — Quiconque exerce une branche de l'art de guérir en possédant le titre professionnel voulu, mais sans remplir les autres conditions imposées éventuellement par les dispositions législatives en vigueur est puni d'une amende de 500 à 1.000 lire. En cas de récidive, l'amende est de 1.000 à 2.000 lire.

Toutefois, continuent de rester en vigueur les sanctions pénales mentionnées au dernier paragraphe de l'article 2 de la loi du 22 mai 1913, nº 468 et celles contenues dans le dernier paragraphe de l'article 18 de la même loi.

ART. 4. — Les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

(*Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, 30 mai 1928, nº 126, d'après *Nuova Rassegna di Odontoiatria*, de juillet 1928).

Règlement du 31 mai 1928 (Nº 1.334) pour l'exécution de la loi du 23 juin 1927 (Nº 1.264) relative aux professions auxiliaires de l'art de guérir.

(*Extrait*).

ARTICLE PREMIER. — Il sera délivré, conformément à l'article 2 de la loi du 23 juin 1927 (nº 1264) des autorisations (licences) distinctes

pour l'exercice de chacune des professions suivantes auxiliaires des professions sanitaires :

a) au mécanicien pour dentiste (odontotecnico) ;

b) à l'opticien ;

c) au mécanicien orthopédiste et herniaire ;

d) à l'infirmier.

. . . .

Ces licences seront délivrées par les instituts ou écoles qui seront spécialement établis d'un commun accord par les ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique, de l'Economie nationale et seront visées par le préfet de la province.

(Suivent un certain nombre de dispositions d'ordre administratif).

ART. 11. — *Les mécaniciens pour dentistes sont uniquement autorisés à confectionner des appareils de prothèse dentaire sur des modèles établis d'après les empreintes qui leur sont remises par les médecins, les chirurgiens et les personnes habilitées par la loi à exercer l'odontologie et la prothèse dentaire, avec les indications du type de prothèse à exécuter.*

Dans tous les cas il est interdit aux mécaniciens pour dentistes de pratiquer, même en présence et avec l'aide du médecin ou des personnes habilitées à exercer l'odontologie, aucune manœuvre sanglante ou non, dans la bouche du patient, saine ou malade.

(Suivent des dispositions relatives aux autres catégories de professionnels et aux pénalités en cas d'infractions. Puis viennent des dispositions transitoires).

ART. 26. — Les examens d'habilitation mentionnés à l'article 6 de la loi consistent en épreuves pratiques manuelles et en réponses orales à des questions fondamentales sur chaque profession posées par le jury à chaque candidat et rentrant dans le cadre des connaissances indispensables à l'exercice de ces professions.

ART. 27. — Les examens sont publics. . . . .

(Les articles qui suivent ont trait aux notes, aux lieux et date d'examen, à la composition des jurys, aux demandes et pièces à fournir par les candidats).

(*Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, 4 juillet 1928, n° 154, d'après *La Stomatologia* de juillet 1928).

Circulaire du Ministre de l'Intérieur (Direction générale de la santé publique, 7e division, 1re section, n° 20.400/3) sur les professions sanitaires et les branches auxiliaires (Loi du 23 juin 1927, n° 1.264 et règlement du 31 mai 1928, n° 1.334).

(*Extrait*).

. . . .

MÉCANICIENS POUR DENTISTES.

Les mécaniciens pour dentistes (art. 11 de la loi du 23 juin 1927) peuvent seulement confectionner des appareils de prothèse dentaire sur des modèles établis d'après des empreintes qui doivent être prises dans la bouche du patient par le médecin exerçant la dentisterie ou la personne habilitée par la loi à exercer cette profession et qui sont remises aux mécaniciens avec les indications du type de prothèse à exécuter.

L'exercice de la mécanique dentaire exclut donc tout rapport direct entre le patient et le mécanicien et c'est pour cela qu'il est fort à propos précisé par le règlement que dans tous les cas il est interdit aux mécaniciens pour dentistes de pratiquer, même en présence du médecin ou de la personne habilitée à exercer l'odontologie, aucune manœuvre, sanglante ou non, dans la bouche du patient, saine ou malade, y compris, par suite, les opérations d'essai de ces appareils en cours de confection et de pose des appareils déjà construits.

La distinction bien nette qu'il y a lieu, en conséquence, d'établir entre les attributions du dentiste et celles du mécanicien (ces dernières, étant de pure mécanique dentaire, doivent s'exercer dans le laboratoire et non pas sur la personne du patient) est apparue comme l'unique moyen qui, tout en répondant aux conceptions scientifiques les plus exactes, pourra efficacement mettre un terme à l'exercice illégal, qui jusqu'à présent s'était implanté, d'une façon plus tenace que dans toute autre branche de l'art de guérir, dans la pratique de l'odontologie et de la prothèse dentaire.

MÉCANICIENS POUR DENTISTES AUTORISÉS DANS LES NOUVELLES PROVINCES.

Tout autre est le champ d'action réservé aux mécaniciens pour dentistes autorisés des nouvelles provinces du Royaume, autrefois sujettes de l'Autriche. Ceux-ci ont été, par la loi du 23 juin 1927, n° 1187, admis à un examen d'aptitude, qui, subi avec succès, leur permet de pratiquer l'odontologie et la prothèse dentaire, comme les docteurs en médecine et les personnes habilitées en vertu de la loi de 1912. . . . .

En conséquence, italiens ou étrangers, ils peuvent *dans ces seules provinces* continuer à exercer la mécanique dentaire conformément aux ordonnances du 20 mars 1892 et 14 février 1904 de l'ancien Empire d'Autriche, à condition qu'ils remplissent les conditions stipulées par le décret-loi royal du 25 septembre 1921, nº 1388.

(*Nuova Rassegna di Odontoiatria*, juillet 1928).

BROSSES A DENTS DANS L'ARMÉE SOVIÉTIQUE

Le dernier ordre du Conseil militaire révolutionnaire soviétique a prescrit la distribution de 600.000 brosses à dents, avec pâtes et poudres dentifrices, représentant une dépense de 400.000 roubles à toute l'armée soviétique.

Les militaires devront en faire usage le matin et le soir.

Comme des milliers de ces militaires n'ont jamais vu de brosses à dents auparavant, il a été prescrit de leur expliquer le mode d'emploi.

L'ordre porte à cet égard *qu'il est essentiel d'augmenter le rendement de l'armée rouge au point de la mettre au niveau des autres armées de l'Europe.*

NÉCROLOGIE

Louis Coulliaud

A soixante-cinq ans, vient de mourir après plus de deux mois de maladie, Louis COULLIAUD, professeur d'odontologie à l'Université de Pavie, fondateur de l'Institut d'odontologie et directeur de l'Institut stomatologique de Milan.

Il était le fils du Dr Albert, directeur de l'ambulance de la Sta-Corona, alors que cette clinique était la seule à Milan pour traitement des maladies de la bouche et des dents ; il eut pour maître Fasoli.

Louis COULLIAUD, diplômé très jeune à l'Université de Pavie, très jeune aussi, devint professeur libre d'odontologie et le premier qui demanda la licence d'enseigner cette spécialité.

Il avait étudié d'abord à Genève, puis à Londres et à Paris. De retour en Italie, à côté de ses devoirs professionnels, il se fit remarquer par ses travaux scientifiques et ses communications pratiques et laisse un sillon profond dans le champ de la technique chirurgicale conservatrice dentaire.

Pendant la guerre, il fut l'organisateur du premier lazaret de chirurgie maxillaire et fit d'importantes observations aux hôpitaux de Milan, et de Pavie. Après la fondation de l'hôpital de Pavie, qu'il a dirigé même après avoir été libéré du service militaire, il continua d'exercer une exceptionnelle activité et il laisse à ses confrères et à ses élèves le souvenir d'un grand praticien d'une extrême courtoisie.

R. JACCARD.

Robert de Lemos.

Nous apprenons avec un vif regret le décès de M. Robert de Lemos, membre de l'A. G. S. D. F., survenu le 20 janvier, à Louviers, à l'âge de 45 ans.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

G. Louvet.

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Georges Louvet, membre de l'A. G. S. D. F., survenu le 24 janvier, à Paris, à l'âge de 50 ans.

Nous adressons nos bien sincères condoléances à sa famille.



Mme J. Lopchitz, élève à l'E. D. P., vient d'être éprouvée par le décès de son mari, M. J. Lopchitz, survenu le 15 février. Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Distinction honorifique. — Nous apprenons avec plaisir la nomination au grade de chevalier de l'ordre de Léopold (Légion d'honneur Belge), le 20 février 1929, de notre excellent confrère M. Edward Quarteman, de Bruxelles.

Président jusqu'en 1927, du Dispensaire dentaire belge qu'il avait fondé en 1909, il a été président de la Société royale de l'Association générale des dentistes de Belgique ; membre fondateur et trésorier de la Société coopérative dentaire depuis 1904, il en a été nommé président en 1920.

Durant la guerre, M. Quarterman, réfugié en Angleterre, son pays d'origine, y installa et dirigea bénévolement le service dentaire de l'hôpital militaire King's Albert, à Londres.

Il convient de signaler que c'est grâce à sa généreuse initiative pendant cette période qu'est due la fondation de l'*Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre*, dont il fut le premier souscripteur.

Mariages. — Le mariage de M. P. Zographos, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mme veuve Contostavlos a été célébré le 23 janvier.

Le mariage de M. Ed. Letierce, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Maud Garreau a été célébré le 24 janvier.

Nous apprenons également le mariage de M. V. di Ruggiero, élève à l'E. D. P., avec Mlle Irène Lelièvre.

Nous adressons aux nouveaux époux nos félicitations et nos vœux de bonheur.

Naissance. — M. J.-G. Louisidis, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Louisidis nous font part de la naissance de leur fille Sarah-Hélène.

Nous leur adressons nos félicitations.

5

49e ANNÉE. N° 3 30 MARS 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EXTRACTION CHIRURGICALE DES FRAGMENTS RADICULAIRES

Par le Dr H. CHENET

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris
Assistant de prothèse maxillo-faciale à l'Hôpital Lariboisière.

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 5 février 1929*

616.314 089.87

Je n'ai pas la prétention de vous présenter, ce soir, une méthode nouvelle d'extraction chirurgicale des fragments radiculaires. Mais, ayant eu l'occasion de pratiquer un assez grand nombre d'interventions de ce genre, la plupart confiées à moi par des confrères qui ignoraient cette méthode ou qui ne se souciaient pas de la pratiquer, j'ai cru intéressant de faire à ce sujet, une petite communication à notre Société d'odontologie, qui, je le constate avec plaisir, est de plus en plus fréquentée par les jeunes.

C'est en apportant, chacun en ce qui nous concerne, non seulement des nouveautés, mais aussi les observations des cas qui nous ont particulièrement intéressés que se crée ici cet enseignement mutuel qui nous est à tous si profitable.

Mais avant de décrire ces extractions particulièrement délicates, je voudrais vous dire un mot des extractions en général.

Pour quiconque a un peu la pratique de notre art, l'extraction est une opération parfois aisée, souvent difficile et quelquefois très grave. Je sais bien que je suis particulièrement appelé à voir des cas de cette dernière catégorie et que cela peut me les faire juger plus fréquents qu'ils ne le sont en réalité. Mais enfin ils existent et c'est pour cela que je voudrais, devant vous, critiquer une tournure d'esprit qui peut être très préjudiciable à nous, praticiens, et dangereuse pour nos patients.

Pour la plupart de ces derniers, je le constate journellement, l'extraction est l'intervention la plus simple qui doit les délivrer



Fig. I. — Schéma des extractions chirurgicales au maxillaire supérieur.

I. Dent de sagesse. Abrasion progressive du bord vestibulaire de l'alvéole. Voie de choix.

II. Dangers de l'extraction par voie alvéolaire d'un fragment radiculaire de molaire supérieure : fuite du fragment dans le sinus : ouverture permanente de celui-ci dans la cavité buccale : destruction mutilante de la crête alvéolaire.

III. Avantages de l'extraction chirurgicale par trépanation vestibulaire haute. Intégrité de la crête alvéolaire. Découverte facile du fragment. Si ouverture du sinus (presque de règle) occlusion rapide de celui-ci par cicatrisation muqueuse, en rideau.

IV. Extraction chirurgicale d'un fragment d'incisive. Ouverture fréquente du plancher de la fosse nasale. Cicatrisation rapide au lieu d'une fistulisation mutilante si ouverture par voie alvéolaire.



Fig. II. — Schéma des extractions chirurgicales au maxillaire inférieur.

I. Dent de sagesse. Abrasion progressive du bord vestibulaire de l'alvéole. Voie de choix.

II. Extraction chirurgicale par trépanation vestibulaire, perpendiculaire à la surface du maxillaire assez haute pour éviter le canal dentaire inférieur. Laisse la crête alvéolaire intacte.

III. Abrasion mutilante de la crête pour extraction par voie normale.

IV. Extraction chirurgicale d'un fragment de canine.

de leurs maux tout en restant sans douleur. C'est une opinion répandue, non seulement dans le milieu populaire, mais je dirai dans tous les milieux et même malheureusement dans le milieu médical, que l'extraction d'une dent est une chose banale ; il en est heureusement souvent ainsi et si tout se passe bien, l'on ne décernera pas à l'opérateur un brevet de haute valeur professionnelle. Mais si cela se passe mal, si un fragment radiculaire reste dans un maxillaire, si l'ostéite continue, si des complications infectieuses surviennent, alors on voit tout le monde incriminer la maladresse ou le manque d'asepsie de celui qui a pratiqué l'intervention. Et c'est parce que cette mentalité est presque générale que je m'élève avec force contre elle chaque fois qu'il m'en est donné l'occasion et que je voudrais vous voir tous lutter également dans ce même sens, chacun dans sa sphère et suivant ses moyens personnels. Et à mon avis, le meilleur moyen de réformer ces idées erronées, c'est de faire l'éducation de nos patients, non seulement en face de leurs cas personnels, car alors ils sont mauvais juges, mais surtout en leur parlant de ces cas qui nous auront embarrassés, et dans le cadre desquels un jour ou l'autre rentrera peut-être un des leurs.

Une idée encore journellement émise est que l'on ne doit pas pratiquer une extraction quand il y a un abcès en évolution. Je ne sais qui est à l'origine de cette théorie peu banale, mais je puis vous affirmer qu'elle compte encore bien des adeptes, je ne dirai pas dans notre milieu professionnel, mais dans la grande masse du public. Et je veux vous citer à ce sujet un cas personnel qui, bien que déjà ancien, reste et restera toujours gravé dans mon esprit comme une illustration pénible de cette idée néfaste.

Je reçus un jour un coup de téléphone d'un jeune confrère ami, me demandant de recevoir d'urgence un de ses patients, qui, me disait-il, devait faire un phlegmon du plancher de la bouche causé par une molaire de 6 ans inférieure profondément cariée. Devant la gravité du cas et la pusillanimité du malade, il préférait me voir m'en occuper.

C'était un mardi matin... toute la journée passa, je ne vis pas le malade et le confrère, le soir, en était sans nouvelles : le mercredi, personne ; je pensai à une ouverture spontanée du phlegmon et à un soulagement qui avait incité notre malade à l'abstention. Or, le jeudi matin, l'on m'annonça un monsieur, étouffant sous un pansement et presque porté par sa femme affolée. C'était notre

homme, qui, pénétré de l'idée qu'on ne devait pas pratiquer d'extraction pendant une période d'abcès, avait voulu temporiser malgré l'avis formel de son dentiste. Je revois toujours cette face angoissée, ce cou énorme, sans forme, cette bouche aux lèvres tuméfiées, ce teint violacé, asphyxique. C'était une forme œdémateuse de l'infection dentaire. Il y avait bien un peu de dureté sous le plancher, tout autour du foyer, mais l'œdème surtout s'était généralisé et avait envahi toute la région environnante. L'examen du reste de la cavité buccale était presque impossible ; la langue, soulevée, masquait toutes les molaires et c'est surtout guidé par les indications téléphoniques de l'avant-veille que l'on pouvait diagnostiquer la dent causale. Le patient pouvait à peine parler ; mais sa femme décrivit une nuit dramatique au cours de laquelle il avait failli s'asphyxier... et elle me suppliait de l'endormir, d'inciser l'abcès... car l'extraction de la dent en un tel moment lui paraissait contre-indiquée et « le tuerait » disait-elle.

L'état général du patient était très touché. L'on n'avait pas pris la température, mais elle était certainement très élevée. Le pouls était rapide et la respiration tellement gênée que l'on comprenait les phénomènes asphyxiques de la nuit et la terreur de ces gens. Une intervention de ce genre est toujours une chose grave de responsabilités et la pratiquer sur le fauteuil, sans aucune préparation, sans aide, sur un patient qu'il va falloir renvoyer chez lui quelques instants après, est, à mon avis, une erreur. Il est cependant des cas où la rapidité de l'extraction s'impose : c'en était un, et toute temporisation eût pu être fatale.

Je pratiquai donc, et vous pouvez penser avec quelle difficulté, l'extraction de la molaire qui heureusement vint, déterminant l'issue d'un pus fétide abondant et un soulagement presque immédiat du patient par libération partielle du plancher de la bouche. Tout se passa à merveille, rentra rapidement dans l'ordre, et je dois même ajouter que le patient me remercia et qu'il ne juge peut-être plus aujourd'hui qu'une extraction ne se pratique pas au cours d'un abcès.

Je vous ai cité ce cas à cause des réflexions qu'il me suggéra, et je vous avoue que, malgré ce succès, contrairement à ce que vous pourriez croire, je n'ai jamais recommencé pareille expérience dans des conditions semblables.

J'aurais très bien pu manquer l'extraction de cette dent que je voyais à peine, qui était profondément cariée et aurait pu se

fracturer. Il est parfois très difficile d'opérer dans une bouche que l'œdème labio-facial, que le gonflement du plancher diminuent dans des proportions considérables. L'anesthésie locale est pour ainsi dire impossible et que n'avez-vous à craindre d'une anesthésie générale de courte durée chez un asphyxique par œdème aussi étendu ! Supposez que je n'aie pu extraire la dent malgré des tentatives répétées, l'infection continuait... avec aggravation des accidents, pouvant aller très rapidement même à la mort du patient, et la thèse de ces gens triomphait qu'on ne doit pas extraire une dent au cours d'un abcès. Car, je le répète, si vous réussissez l'intervention, elle ne sera pas jugée difficile; si vous la manquez vous serez jugé comme un maladroit, et même beaucoup plus sévèrement si les choses tournent mal, comme cela arrive parfois.

Il faut bien se rendre compte que certaines extractions sont des opérations extrêmement graves, et qui doivent être pratiquées comme telles en maison de santé où vous aurez sous la main toutes les facilités pour l'anesthésie générale prolongée, souvent nécessaire, avec des aides qualifiés, et si possible en présence du médecin traitant : les syncopes fréquentes chez ces malades en état de moindre résistance, car l'infection dentaire est une des plus rapidement déprimantes qu'il soit, peuvent être redoutables dans le cabinet dentaire et trouvent en maison de santé un personnel averti pour vous aider à y parer. Les lavages de bouche consécutifs à l'intervention, les gardes de nuit parfois utiles, les piqûres de sérum s'y pratiquent plus facilement même que chez le patient.

L'intervention à domicile a le gros avantage de supprimer les frais de maison de santé, et est, pour cette raison surtout, plus facilement acceptée par le patient ; mais cela ne va pas parfois sans inconvénients. Je me souviens d'un cas pour lequel une telle intervention m'avait été demandée. Il s'agissait d'une femme, qui, par suite de la présence d'un fragment d'incisive centrale supérieure, suppurait fréquemment du plancher d'une fosse nasale et qui faisait, au moment où elle me fut présentée, un volumineux abcès de toute la région vestibulo-palatine. De situation modeste, elle ne voulait pas, néanmoins, de l'hôpital et son médecin m'avait instamment prié de l'opérer chez elle, à Pantin. Je revois cette petite salle à manger où l'on ne pouvait se retourner sans renverser quelque chose, où la salamandre nous cuisait et où l'absence d'électricité nécessitait l'emploi d'une pile pour le miroir de Clar.

Le médecin pratiquait l'anesthésie générale au chloroforme sur la table de la salle à manger trop basse pour opérer à l'aise. Je fis au bistouri l'ouverture de l'abcès vestibulaire et trouvai dans un os complètement rongé une cavité osseuse volumineuse d'où le fragment radiculaire fut facilement extrait. Mais le curettage de la cavité nous conduisit dans la fosse nasale dont la muqueuse était déjà perforée et qui se mit à saigner, comme une muqueuse nasale peut saigner. Le tamponnement antérieur ne donnait rien ; le sang coulait à flots et un tamponnement postérieur dut être pratiqué. Vous pouvez juger avec quelle difficulté dans des conditions pareilles ! L'hémorragie s'arrêta... mais il me fallut retourner voir l'opérée le soir où je laissai le tamponnement ; le lendemain matin, où je le supprimai ; et pour ces visites, j'avais une heure d'auto à subir, avec tous les embarras de rues. Or, l'hémorragie reprit le troisième jour et je fus appelé par téléphone d'urgence. Heureusement j'arrivai assez vite et le caillot fut complaisant ; mais jugez du danger d'une telle situation !

Excusez-moi d'insister sur tous ces petits détails, mais je ne crois pas qu'ils soient inutiles, et le fait d'avoir vécu de ces instants dramatiques peut servir de leçon peut-être à d'autres et leur éviter des ennuis semblables dans des circonstances analogues. Il ne faut pas exagérer les difficultés pour se faire valoir, mais il ne faut pas les ignorer, ni non plus les laisser ignorer.

Nous avons de moins en moins des dents encore pourvues d'une couronne résistante à extraire et les praticiens du temps de la clef de Garengeot n'auraient guère de clients aujourd'hui. Les soins que nous pratiquons tant qu'il présente une chance de salut pour une racine et l'espoir d'une utilisation de celle-ci pour une prothèse, font que nous ne trouvons plus, le plus souvent, à extraire que des fragments radiculaires totalement déminéralisés, enfouis parfois sous des muqueuses bourgeonnantes, au fond d'alvéoles plus ou moins praticables. L'on n'extrait plus une dent comme autrefois à la première pulpite, quand la couronne tenait solidement à ses racines et que la prise aux mors du davier était facile. Dans ce temps-là, la dent venait toujours avec parfois un morceau du maxillaire, du reste. Les racines que nous extrayons aujourd'hui ont généralement supporté des dents à pivot ou des couronnes ; elles se sont détruites peu à peu, ont éclaté un beau jour sous un effort de mastication, et leur recherche seule est parfois très délicate, nécessitant souvent même le secours de la radiographie.

Et c'est dans ces cas difficiles que je préconise et pratique l'extraction chirurgicale. Le fragment radiculaire ne peut plus être considéré comme une dent à extraire : c'est un *corps étranger intra-osseux* que l'on peut parfaitement comparer à un petit fragment d'obus perdu dans l'épaisseur du maxillaire et cette comparaison me permettra de bien différencier devant vous les cas justiciables d'une intervention chirurgicale de ceux qui peuvent être opérés avec nos seuls moyens dentaires. C'est seulement lorsque ces derniers auront été reconnus par nous *impraticables, sans effet,* ou *nocifs,* qu'il faudra avoir recours à l'extraction chirurgicale.

Impraticable, l'extraction d'un fragment radiculaire fracturé dans une alvéole courbée à angle presque droit, que l'œil ne voit pas et que la sonde ne délimite pas. *Impraticable,* l'extraction d'un fragment de racine de molaire ou de prémolaire inférieure perdue au fond d'une alvéole profonde comme un puits où aucun mors de davier ne peut l'aller chercher, où l'élévateur n'arrive pas, coincé entre les faces des deux dents voisines.

Sans effet, les tentatives d'extraction à la vis de ces racines cariées où elle ne peut mordre, et où les filets glissent sans répit.

Nocives enfin, ces tentatives pour lesquelles tout l'arsenal d'extraction défile, daviers, élévateurs, vis, fraises même. J'ai constaté souvent les résultats déplorables de ces extractions difficultueuses ou manquées. Outre qu'elles déterminent le plus souvent des alvéolites très douloureuses, des ostéites plus ou moins graves, elles laissent parfois de véritables mutilations qui gênent ou même empêchent l'appareillage ultérieur.

J'ai vu des brides cicatricielles tendues de la joue au plancher de la bouche à la suite de la destruction, au cours d'extraction difficile de racines inférieures, des parois linguale et vestibulaire de l'alvéole : il existait une véritable brèche dans la crête alvéolaire, brèche profonde, aux bords douloureux, sur lesquels la muqueuse se réfléchissait, empêchant le port d'un appareil de prothèse normal. Parfois ce sont des destructions mutilantes de la paroi labiale ou vestibulaire de l'alvéole d'une incisive, d'une canine ou d'une prémolaire supérieure, créant une dépression d'un effet esthétique déplorable et d'une dissimulation impossible.

D'autres fois, c'est une ouverture en pleine bouche du sinus maxillaire avec tous ses inconvénients dont le plus grave, est, il faut bien le dire, son incurabilité.

Eh bien, ce sont ces cas qui sont justiciables de l'extraction chirurgicale, vous me direz : si nous pouvons parfois prévoir la difficulté de l'extraction, d'autres fois nous l'entreprenons en nous disant : cela ne sera pas difficile et nous sommes tout surpris de la fracture d'une racine, de l'impossibilité de sa prise, etc... C'est seulement en opérant que nous sommes surpris des difficultés imprévisibles.

A cela je vous répondrai qu'il faut toujours envisager le pire avant une extraction et c'est pourquoi je vous disais en débutant qu'il nous fallait instruire nos patients de ces difficultés possibles. Nous devrions toujours considérer et faire considérer l'extraction comme une opération susceptible d'être longue et pénible, réserver largement notre temps, préparer le patient à la subir, et *à moins d'urgence, ou de facilité absolument évidente*, ne pas la pratiquer, comme nous faisons un petit pansement de second degré superficiel à la première rencontre avec notre malade. Et si je me permets de vous parler ainsi, c'est que j'ai vu des suites pénibles pour les patients et pour les praticiens, et que ce n'est pas seulement pour les auditeurs de cette salle — car ici je prêche des convertis — que je parle, vous le comprenez certainement.

Le patient bien prévenu ne trouvera pas extraordinaire notre échec, car, à mon avis, lorsqu'on juge sainement que l'on ne peut avoir le fragment radiculaire par la voie normale, il ne faut pas s'obstiner, ni vouloir à tout prix extraire ce qui ne peut l'être sans ces dégâts dont je vous parlais il y a un instant et dont celui qui les subit nous gardera le plus souvent rancune.

J'ai refusé dernièrement d'extraire une dent de sagesse inférieure à une dame qui, partant dans le Midi le soir même, et n'ayant pu avoir de rendez-vous chez moi dans la journée, avait demandé à être reçue après ma consultation. Je n'avais jamais vu cette malade qui, ayant entendu parler dans un salon, d'accidents de dent de sagesse, s'était prise à penser tout d'un coup qu'elle avait une de ces dents profondément cariée en bouche et avait pris la résolution subite de se la faire extraire pour n'avoir pas d'ennuis pendant son séjour à Nice !

Je l'examinai et vis en effet, au milieu d'un bourgeonnement gingival congestionné, les restes fortement cariés d'une dent de sagesse inférieure en grande partie dissimulée par la dent de douze ans. Et la malade me demandait si l'extraction ne durerait pas plus

d'un quart d'heure, car elle devait repasser chez elle avant d'aller prendre son train !

Notez qu'elle ne souffrait pas et qu'il n'y avait pas de crainte d'accidents imminents. J'ai passé cinq minutes du quart d'heure qu'elle voulait bien m'accorder à lui expliquer ce qu'était une dent de sagesse à extraire, la difficulté de cette extraction et le danger de faire un voyage après une intervention de ce genre, qu'au surplus elle trouverait à Nice des confrères qui la lui supprimeraient fort bien si elle le désirait, dans des conditions meilleures. Elle a eu l'air de comprendre, mais s'il ne se produit rien d'anormal, cela ne m'étonnerait pas de la revoir l'hiver prochain... avant son départ hivernal.

Mais j'estime et n'hésite pas à le dire que, dans un cas semblable, c'eût été une imprudence absurde de tenter cette extraction et que j'ai peut-être rendu service par avance au confrère qui la tentera, et n'en viendra peut-être pas facilement à bout. Sa patiente au moins se souviendra (mais elle ne le dira peut-être pas) de ma leçon et je ne regrette pas de la lui avoir donnée.

Je prétends, en effet, qu'il est souvent bien moins dangereux de temporiser pour une extraction, *à moins, bien entendu, d'accidents infectieux, indiquant l'urgence,* que de faire ou de tenter cette extraction dans de conditions mauvaises. Et l'extraction chirurgicale d'emblée des fragments radiculaires, me donne des résultats bien plus satisfaisants que les tentatives, si souvent infructueuses ou mutilantes, d'extraction par voie alvéolaire.

Qu'est-ce donc que l'*extraction chirurgicale* ? C'est l'extraction par *voie trans-maxillaire*, par opposition avec l'extraction ordinaire qui se fait par *voie alvéolaire*. La pratique aujourd'hui de plus en plus courante des résections apicales et des curettages apicaux, si bien réglés par notre maître Roy dès 1903, a vulgarisé cette méthode, car, en somme, la technique est peu différente et la voie d'accès est le plus souvent la même.

Je n'insisterai donc pas longuement sur la technique de cette intervention déjà souvent décrite, mais seulement sur certains tours de mains qui peuvent à l'occasion rendre service et sur certains écueils à éviter.

Qu'il me suffise de vous indiquer en quelques mots ce que je fais : repérage exact du fragment radiculaire à extraire : facile s'il reste des dents voisines ou s'il y a une fistule avec suppuration. Quelque-

fois très difficile s'il ne reste pas de dents ou si la fistule a un trajet sinueux, ce qui se voit fréquemment. Incision au bistouri de la muqueuse, dans le vestibule, parallèlement au rebord alvéolaire et dont le centre correspond au point de trépanation osseuse. Incision assez longue dépassant largement ce point : 2 à 3 centimètres pour les molaires ou prémolaires, 1,5 à 2 pour les dents antérieures. — Décollement des parties molles à la rugine, largement, jusqu'à l'os. Trépanation à la gouge et au maillet, au trépan ou à la fraise. Découverte du fragment. Extraction avec un crochet, une curette par l'orifice de trépanation. Suturer la muqueuse si le foyer osseux est bien net. Laisser la muqueuse se cicatriser seule si la cavité osseuse est anfractueuse et infectée profondément.

Commençons, si vous le voulez bien, par les extractions chirurgicales au maxillaire supérieur. Je vous en ai schématisé les principaux types sur le squelette et vais vous les décrire rapidement (v. fig. I et II).

Le fragment apexiel de la dent de sagesse supérieure est rarement difficile à extraire. Cette dent présente souvent une racine courte, globuleuse, qui ne se fracture généralement pas, et qui tient peu à l'os. La voie alvéolaire est le plus souvent la voie de choix et en tous cas, étant donné la difficulté d'accès latéral, étant donné aussi que la dent est généralement courte, il est préférable de chercher à l'atteindre en abrasant peu à peu les bords alvéolaires jusqu'à ce que la prise au davier ou la luxation à l'élévateur ou au Syndesmotome soit possible. Nous n'aurons que peu de déformation de la crête alvéolaire et cela ne gênera pas un appareillage ultérieur.

Pour les grosses molaires de 6 à 12 ans il n'en est pas de même. Les racines parfois très divergentes, courbées, longues, sont difficiles à extraire et la méthode chirurgicale est la méthode de choix quand, bien entendu, la voie alvéolaire est impraticable ou nocive comme je vous le disais tout à l'heure.

Gardez-vous bien, pour ces dents, de pratiquer l'abrasion progressive des bords alvéolaires et méfiez-vous de la poussée de votre fragment radiculaire dans le sinus maxillaire. Vous pouvez voir sur ce squelette — que je n'ai pas choisi, mais que j'ai préparé parce que je l'avais sous la main — que les apex des grosses molaires sont en plein dans le sinus maxillaire.

Dans un cas comme celui-là, le fragment radiculaire que l'on tenterait d'extraire par voie alvéolaire filerait sûrement dans le sinus.

Rien ne s'oppose à sa montée vers le haut puisqu'il est absolument sous-muqueux. Les radios les mieux prises ne nous renseignent encore qu'imparfaitement à l'avance sur cette éventualité fréquente. Si cet accident se produit, ne vous affolez pas et surtout n'insistez pas pour aller chercher le fragment par l'alvéole, et ne soyez pas tentés d'agrandir la voie. Cette cheminée alvéolaire de la bouche au sinus ne se fermerait jamais : au contraire, faites une petite plaque de prothèse, qui empêche le passage des aliments, des liquides par le nez, faites faire un nettoyage fréquent de l'alvéole mais sans forcer de liquide antiseptique pour éviter également son passage par le nez. La muqueuse sinusale se cicatrise généralement bien et le fragment radiculaire est le plus souvent toléré. S'il ne l'était pas, si des phénomènes infectieux se produisaient, il faudrait alors confier à un oto-rhinologiste le soin de l'aller chercher dans le sinus. Il faut bien savoir, du reste, que l'extraction chirurgicale, si elle nous permet d'avoir plus facilement le fragment radiculaire, entraîne presque toujours l'ouverture du sinus maxillaire. Mais, autant est dangereuse l'ouverture par la voie alvéolaire, autant cette ouverture latérale est bénigne. Les muqueuses sinusales et maxillaires forment très rapidement un rideau et en quelques jours la perforation est fermée.

Bien entendu la trépanation osseuse même pour la racine palatine se pratique toujours dans le vestibule, jamais au niveau du palais.

Les fragments radiculaires des prémolaires sont également à proximité du sinus : mêmes observations que pour les grosses molaires.

Je vous conseille donc, si vous avez un fragment radiculaire de ces dents à extraire, de prendre vos précautions vis-à-vis de votre malade, d'envisager devant lui, d'avance, l'ouverture du sinus, de lui expliquer ce qui se produira, qu'il n'ait pas à s'en alarmer. L'ouverture du sinus ne doit pas être considérée ni comme un accident, ni comme une maladresse de votre part : c'est une chose le plus souvent commandée par l'anatomie même de la région où vous opérez.

La canine a sa racine tellement superficielle que la recherche de son apex est des plus simples.

Pour les incisives, à racines longues, se méfier de l'ouverture de la fosse nasale. Je vous en ai cité un cas personnel il y a un instant. Cela arrive très fréquemment, surtout si le fragment radicu-

laire a déterminé des phénomènes d'ostéite. Et c'est un incident très ennuyeux, à cause de l'hémorragie qu'il entraîne toujours. Il faut être bien outillé pour faire un tamponnement des fosses nasales, avoir à sa disposition les mèches nécessaires en quantité suffisante, un bon éclairage. C'est, à mon avis, un des cas les plus sérieux à opérer, surtout pour l'incisive centrale.

Je n'ai fait que citer tout à l'heure l'aide de la radiographie pour le repérage de votre racine. Je tiens à bien préciser sa nécessité absolue : l'étude de cette radiographie devant votre patient lui fera mieux saisir la difficulté parfois très grande de votre intervention et l'utilité des mesures de précaution que vous prenez. J'ai opéré dernièrement, avec un de nos bons confrères, un patient qui n'avait plus une seule dent au maxillaire supérieur et qui avait gardé depuis 1917, sans s'en douter, un petit fragment radiculaire dont la présence avait tout d'un coup motivé un abcès assez surprenant. La radio montrait bien la présence de ce petit fragment, mais l'absence de toute autre dent rendait le repérage très difficile. L'intervention se serait néanmoins bien passée sans une panne d'électricité survenant juste au moment où la recherche intra osseuse commençait. Et la panne dura une heure et demie. Heureusement, je pus avoir le fragment par curettage, mais je vous conseille d'avoir toujours près de vous une pile électrique de secours avant d'entreprendre une telle opération.

Les fragments radiculaires du maxillaire inférieur sont généralement plus difficiles à extraire par suite de la plus grosse épaisseur de l'os au niveau des molaires et prémolaires.

Pour la dent de sagesse, même observation que pour celle du haut : chercher à atteindre la racine par abrasion progressive à la gouge et au maillet de la paroi vestibulaire de l'alvéole.

Pour les autres molaires et prémolaires, il est préférable de trépaner l'os perpendiculairement à sa surface plutôt un peu au-dessus du fragment que trop bas, pour ne pas aller dans le canal dentaire. L'on agrandit son ouverture suivant les besoins, une fois le fragment découvert, mais en faisant bien attention de ne pas léser les organes à l'intérieur du canal dentaire. Les hémorragies sont très ennuyeuses et parfois difficiles à arrêter et les névralgies consécutives à ces traumatismes risqueraient d'être rebelles.

J'ai ici la radiographie d'une malade que j'ai opérée par ce procédé, il y a déjà deux ans, et qui avait souffert pendant dix-huit

mois de névralgies rebelles, pour lesquelles toutes les sommités médicales de la Faculté avaient été consultées ; tous les Wassermann, examens et traitements possibles avaient été faits ou tentés. Il n'y avait plus de dents sur son maxillaire inférieur, sauf les dents antérieurs et toute l'hémiface gauche était sujette à des névralgies terribles. Aucune suppuration, aucun gonflement buccal, à aucun moment. Et personne n'avait songé à la possibilité de la présence d'un fragment radiculaire, qui ne me fut révélé que par la radiographie : vous verriez combien il se trouve bas au niveau de la branche horizontale du maxillaire, tout contre le canal dentaire, que l'on voit parfaitement. L'intervention n'était pas facile par suite de la difficulté du repérage. Je fus assez heureux néanmoins pour trépaner au point voulu et arrivai à extraire ce fragment sans ouvrir le canal dentaire inférieur. Les névralgies ont cessé très rapidement après l'intervention. Et ce cas est très instructif et légitime bien cette trépanation perpendiculaire à l'os que je vous recommande. En regardant cette radio, réalisez par la pensée la recherche par la voie alvéolaire comblée du reste, et rendez-vous compte de la brèche osseuse qui aurait dû être faite dans la crête alvéolaire ! Quel appareillage aurait été toléré après un tel délabrement ? L'extraction chirurgicale, au contraire, n'a laissé aucune trace : la crête est intacte et supporte admirablement la prothèse.

Voici également une radiographie, très instructive, du maxillaire supérieur, celle-là. Voyez à quelle hauteur se trouve le fragment radiculaire. La recherche par voie alvéolaire eût créé un délabrement considérable, une ouverture du tissu et très probablement la disparition de la racine dans le sinus.

L'opération chirurgicale au contraire a permis son extraction sans aucun trouble ni gêne consécutifs. Et c'est, à mon avis, en dehors même des suites opératoires bénignes, cette absence de délabrement osseux des crêtes qui devrait surtout servir à vulgariser de plus en plus cette méthode d'extraction chirurgicale des fragments radiculaires.

(Voir la discussion de cette communication dans le compte rendu de la Société d'Odontologie du 5 mars 1929, numéro du 30 avril prochain).

UN CAS DE FRACTURE DE LA SYMPHYSE MENTONNIÈRE AVEC FRACTURE SOUS-CONDYLIENNE BILATÉRALE

Par le Dr BRECHOT, Chirurgien de l'Hôpital Trousseau. et L. LEBOURG, Dentiste D. F. M. P. Externe des Hôpitaux de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 4 décembre 1928*).

316.716.4 0015

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de chirurgie de l'hôpital Trousseau, un cas de fracture du maxillaire inférieur qui, sans avoir rien d'exceptionnel, nous a paru néanmoins intéressant à vous signaler.

Il s'agissait d'une fracture de la symphyse mentonnière avec fracture sous-condylienne bilatérale chez une enfant de treize ans. A cet âge, les fractures du maxillaire sont relativement peu fréquentes. Quant aux fractures sous-condyliennes chez l'enfant, comme l'a montré KRIVINE dans sa thèse, elles comportent une thérapeutique et un pronostic tout différents de la fracture de l'adulte.

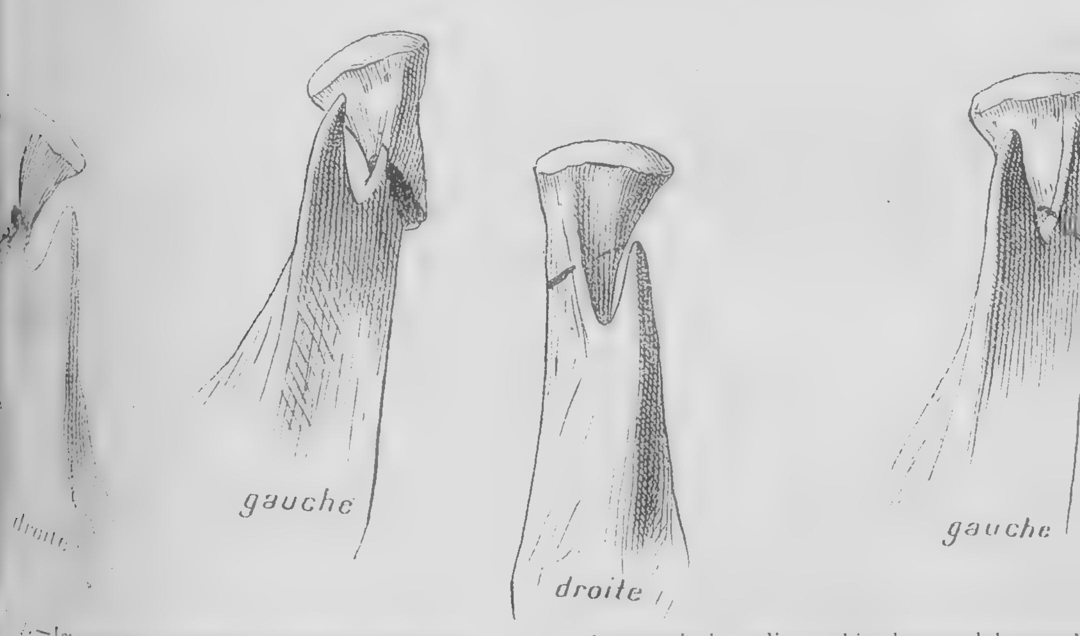
L'histoire de notre petite malade aura donc l'intérêt de rappeler les caractères de cette fracture qui, pour être rare, n'en doit pas moins être recherchée et dépistée de bonne heure, car, non traitée, elle entraîne presque fatalement l'ankylose temporo-maxillaire.

La jeune J. M., 13 ans, le 4 septembre dernier, descend un escalier en courant. Elle glisse et tombe tête en avant. Elle ne peut se relever. On l'amène à l'hôpital immédiatement. Elle présente des traces de nombreuses contusions sur les membres et la face. Au membre inférieur droit, on relève une fracture du tiers inférieur du fémur mise dès le premier jour à l'extension continue.

Nous ne voyons l'enfant que deux jours plus tard et nous notons des ecchymoses des régions malaires et palpébrales, ainsi que plusieurs plaies sous le menton. Elle parle peu et avec peine. Son facies est caractéristique. La bouche est légèrement béante, montrant, à un premier coup d'œil, un enfoncement de l'hémi-arcade gauche qui impose le diagnostic de fracture du menton.

A l'inspection, on remarque un chevauchement assez considérable des deux fragments. Le gauche est fortement rentré en arrière et en dedans, donnant à l'axe des molaires une inclinaison plus marquée en

dedans. Le fragment droit est peu rentré semblant soutenu par celui du côté opposé ; les tissus sont fortement contus, rouges et œdematiés. Il existe un état saburral très accentué donnant de la fétidité à l'haleine. La seconde dentition n'est pas encore tout à fait achevée. L'incisive centrale droite est absente ; elle aurait été avulsée au cours du traumatisme.



—Images de la radiographie des condyles avant traitement

Fig. — Images de la radiographie des condyles après 30 jours de traitement.

(Ces dessins sont faits d'après les radiographies présentées à la Société d'Odontologie).

A la palpation, on perçoit dans la région sublinguale droite une tuméfaction dure, résistante et douloureuse se continuant avec l'hémimaxillaire gauche. En avant, le vestibule présente une plaie profonde qui, suivie avec un stylet, conduit dans le foyer de fracture symphysiaire et communique en outre avec l'une des plaies du menton.

La palpation ne permet pas de déceler un troisième fragment ; il s'agit donc d'une fracture en biseau à trajet oblique passant par l'incisive centrale droite avulsée et allant dans un sens antéro-postérieur et de gauche à droite.

On obtient la réduction en écartant les fragments et en leur imprimant un mouvement de propulsion en avant.

Nous prenons alors des empreintes au Stents et nous demandons une radiographie qui montre mal la symphyse, mais nous révèle la présence de deux fractures sous-condyliennes hautes (fig. 1 et 2).

Il s'agit donc d'une fracture classique en quatre fragments par ouverture forcée de l'arc mandibulaire. Chez l'adulte, cette fracture n'entraîne

pas aussi souvent de complication redoutable. Chez l'enfant, au contraire, elle se complique fréquemment à échéance plus ou moins éloignée d'ankylose temporo-maxillaire. Le problème prothétique posé est donc le suivant : il faut obtenir la contention des fragments, en assurant une mobilisation active dès le premier jour.

Dans ces conditions, nous nous décidons à employer un arc d'Angle ordinaire avec ligature au fil de laiton sur toutes les dents inférieures. Cet arc assure convenablement l'extension nécessaire à la réduction de la fracture médiane ; nous lui adjoignons deux ancrages ordinaires symétriquement disposés au niveau de la canine de chaque côté.



Fig. 3.



Fig. 4.

Photographies montrant la petite malade appareillée après 30 jours de traitement.

A l'aide de ces ancrages et d'un arc facial bénéficiant, comme le montrent les photographies, de l'ancrage péricrânien de Darcissac, nous exerçons une traction élastique antérieure et permanente qui permet de maintenir en bonne position les fragments condyliens, tout en assurant une mobilisation constante (fig. 3 et 4).

Nous faisons faire des lavages répétés de la cavité buccale à l'aide d'un bock et une solution d'eau oxygénée au 1/10e. Pendant toute la durée du traitement, ces soins d'hygiène ont été continués.

La petite malade est ainsi appareillée quatre jours après l'accident. En quelques jours, les plaies se cicatrisent ; deux semaines après, nous enlevons les deux arcs ; la consolidation est déjà ébauchée. Nous plaçons de nouveau l'appareil ; au bout d'un mois, nous commençons à faire alterner le port de l'appareil avec des journées de repos. Après

quarante-cinq jours enfin, nous jugeons la consolidation suffisante pour supprimer toute contention. A ce moment, la petite malade ne conserve pas de déformation apparente et l'articulé dentaire est assez bien rétabli comme vous pouvez en juger par les seconds moulages pris cinquante jours après l'accident.

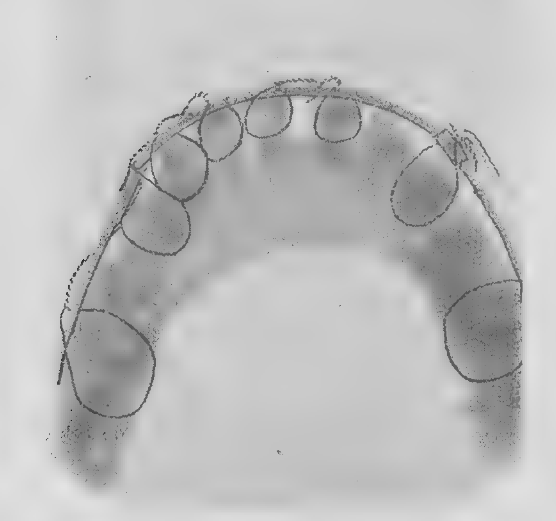


Fig. 5. — Radiographie prise après 1 mois ; on voit l'arc d'Angle en place. On distingue le trait de fracture passant au voisinage de 2| et se terminant à la face buccale de la racine 4|.

Il nous a paru intéressant de montrer quel bon profit on peut tirer de la réduction avec mobilisation dès le premier jour, selon la méthode indiquée, entre autres, par KRIVINE et DARCISSAC. Notre petite malade n'est plus gênée d'aucune façon ; elle n'a aucune limitation des mouvements des mandibules. Elle a bien quelques dents en malposition, mais cette malposition est antérieure et n'a rien à voir avec la fracture.

Tout porte donc à penser que notre malade conservera ce bon résultat. Il ne faudrait pas se hâter cependant de porter un pronostic favorable. Dans plusieurs mois et même dans plusieurs années, elle peut encore voir survenir une ankylose tardive qui devrait être traitée par l'ostéotomie et la mobilisation.

C'est cette complication à échéance variable qui donne à la fracture sous-condylienne de l'enfant un aspect particulier.

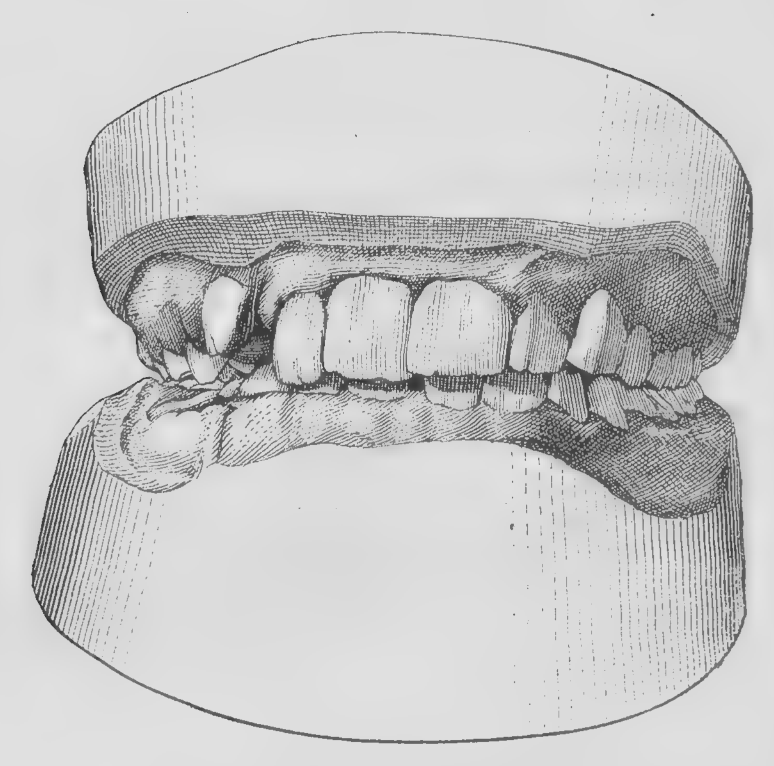


Fig. — Moulage des arcades après 45 jours.

Il semble cependant que cette complication puisse être évitée si recherchant systématiquement la fracture sous-condylienne à l'aide de la radiographie, le plus souvent seul signe à notre portée, nous la traitons par une mobilisation précoce.

(Voir la discussion de cette communication, p. 31 du n° du 30 janvier 1929)

TRAITEMENT DES LÉSIONS APICALES PAR LES COLLOIDES

Par M. TEXIER

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

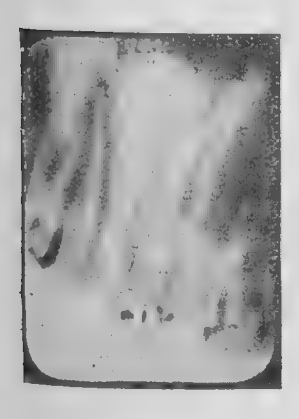
(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 4 décembre 1928).

616.314 08

N'ayant apporté aucune modification fondamentale à la méthode que nous avons instituée l'année dernière pour le traitement des foyers apicaux et péri-apicaux par les colloïdes, ce n'est pas en réalité une communication que je viens vous faire ; il m'a seulement semblé intéressant de vous présenter ce soir quelques cas que je puis dire désespérés, traités par des confrères qui ont eu l'obligeance de bien vouloir mettre à ma disposition le résultat de leur travail.

Les seuls perfectionnements apportés à cette méthode sont d'ordre matériel, seringue, ampoules, mèches, etc...

M. C. Traitement de deux 4° degrés avec complication péri-apicale par Mlle Villain.



Ray 1. 2 décembre 1927



14 juin 1928



9 novembre 1928

Le 15 novembre 1927 nous voyons M. C... pour la première fois. Il présente un œdème important de la lèvre supérieure s'étendant au-dessus de l'aile du nez, douleurs violentes, température 38°8. L'incisive supérieure gauche, obturée avec un ciment au silicate, présente une opacité qui fait songer immédiatement à une mortification pulpaire. La trépanation de la dent confirme le diagnostic, le canal ouvert laisse couler une gouttelette de pus. Le sillon gingivo-labial envahi présente une induration notable qui rend difficile l'appréciation d'une fluctuation, une pointe de feu styliforme n'aboutit à aucune collection. Le lendemain amélioration des phénomènes

douloureux ; mais augmentation de l'œdème qui s'étend à la paupière inférieure, l'œil est clos, l'aile du nez nettement soulevée, l'induration s'étend du sillon gingivo-labial à la joue et à l'œdème sous-orbitaire; température 38°6, un stylet introduit dans le trajet créé par la pointe de feu permet d'atteindre très profondément le pus collecté. L'incisive, latérale étant mobile et obturée au silicate, nous procédons à la recherche des réactions thermiques ; aucune réaction n'apparaissant, cette dent est trépanée, elle avait été traitée, le canal en était partiellement obturé par un fragment de sonde. Le lendemain 17, l'état général est amélioré, la température tombée, le gonflement diminué, la radiographie prise indique une vaste zone raréfiée au niveau des deux dents incriminées. Le 18, malgré la diminution du gonflement, l'induration au niveau de l'aile du nez semblant augmenter, il est procédé à une exploration au stylet, celui-ci s'engage très haut le long de la surface externe du maxillaire et découvre une surface osseuse dénudée très importante ; à la sortie du stylet écoulement d'un flot de pus très liquide et très fétide.

Le 19 et le 21 nous constatons une légère amélioration des conditions générales et proximales, le pus est cependant toujours très liquide et fétide. Ayant eu connaissance de la méthode préconisée par M. Texier, nous faisons le 23 une injection de colloïdes polyvalents.

Le 26, deuxième injection et nettoyage des canaux par SO^4H^2, puis, avec la seringue nous faisons passer le colloïde dans les canaux ; même traitement le 29 novembre et le 2 décembre, le colloïde injecté dans les canaux ressort par la fistule, nous constatons alors une grande amélioration, l'écoulement est très diminué, beaucoup moins fétide.

Le 7, nouvelle injection dans la zone raréfiée et les canaux. Le 14 l'amélioration s'est accentuée, il n'y a plus d'écoulement depuis trois jours. Nous renouvelons ce traitement les 22, 27, 31 décembre, 6 janvier et le 12 nous obturons les canaux avec le bourre-pâte de M. Lentulo et prenons une radio pour vérifier l'obturation radiculaire et l'état de la zone raréfiée.

L'induration qui avait persisté plusieurs semaines est tout à fait disparue et le 23 février nous obturons définitivement ces dents.

Depuis cette date il n'y a plus eu aucune réaction clinique, nous avons repris une radio en juin, une en novembre et avons constaté que la zone raréfiée péri-apicale disparaissait progressivement et régulièrement.

M. P... se présente au service pour la première fois le 2 mars 1926, avec un œdème important s'étendant de la lèvre supérieure à l'aile du nez, l'œil clos, la paupière violacée. Douleurs violentes. D^3 et D^5 très mobiles, le sillon gingivo-labial est comblé par un volumineux abcès que nous incisons et qui laisse écouler un pus abondant et fétide.

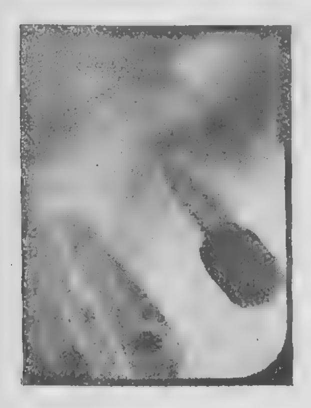
A la radiographie, nous remarquons que ces dents présentent un kyste abcédé sur D^3 et une infection péri-radiculaire sur D^3. Quelques jours plus tard, après disparition des phénomènes douloureux, nous entreprenons la désinfection canaliculaire de ces dents par la méthode habituelle : bioxyde de sodium, perhydrol, formol. Un mois plus tard, obturation des canaux. Les injections de colloïdes sont pratiquées en lavage dans les trajets fistuleux jusqu'à complète cicatrisation et seront continuées pen-



Ray 1. 2 mars 1926



Ray 2. 27 juin 1926

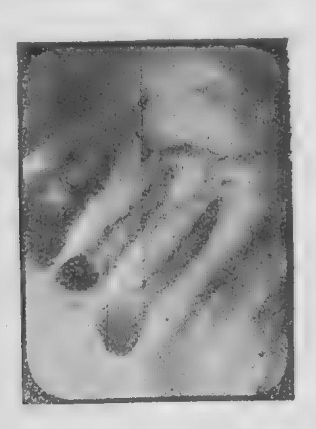


Ray 3. janvier 1927



Ray 4. 22 novembre 1928

dant plusieurs semaines à raison d'une goutte par injection dans la région apicale. En janvier 1927, ces dents offraient assez de solidité pour permettre d'établir une prothèse.

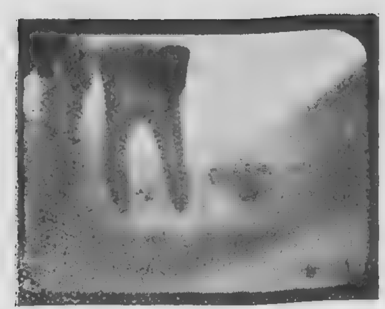


Ray 2. novembre 1927



Ray 2. mars 1928

D[5] kyste abcédé paradentaire radiculaire, cémentite raréfiante. Traitement : Désinfection du canal, bi-oxyde de sodium, formol, pansements histergyl. Décembre 1927, obturation du canal, pâte Robin, cône gutta.



Ray 1. janvier 1927

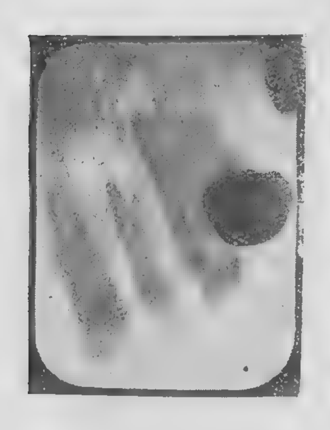


Ray 2. novembre 1927



Ray 8. novembre 1928

G[6] 4° degré, arthrite suppurée chronique, abcès, nombreuses fistules, élimination de petits séquestres, dont un gros en voie de formation en arrière de la racine distale. Janvier 1927 : Désinfection des canaux, bi-oxyde de sodium, formol. Obturation des canaux à la troisième séance, pâte Robin, cône gutta. Injections histergyl dans les trajets fistuleux pendant les deux mois suivants, jusqu'à complète disparition de toute suppuration. Il est à remarquer que le gros séquestre en voie de formation à la face distale de G[6] n'a pas été éliminé, il y a donc eu régénération.



Ray XI-20-XI-1925



Ray 2 26-XII-1925



Ray 3-5-XI 1928

D[2] kyste paradentaire radiculaire abcédé. Opération et résection apicale, décembre 1925.


Ray 1-3-II-1927


Ray 2-5-XI-1928.

D[3] kyste paradentaire radiculaire abcédé. Traitements colloïdes commencés le 3 février 1927, terminés le 20 mars 1927. Il est à remarquer la différence de cicatrisation des deux méthodes sur un même sujet.

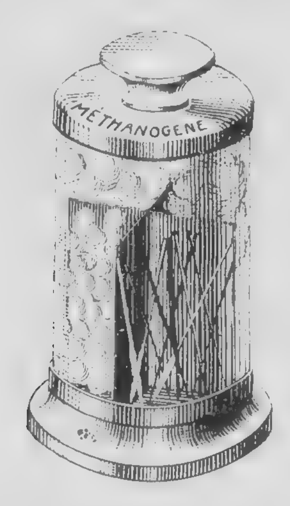


Fig. I. — Stérilisateur à vapeur d'aldéhyde formique permettant de stériliser et de maintenir aseptiques le coton, les fibres d'amiante, les tire-nerfs, les mèches nécessaires à l'application des colloïdes.



Fig. II. — Mèche de gaze stérilisée dans son tube de verre scellé.

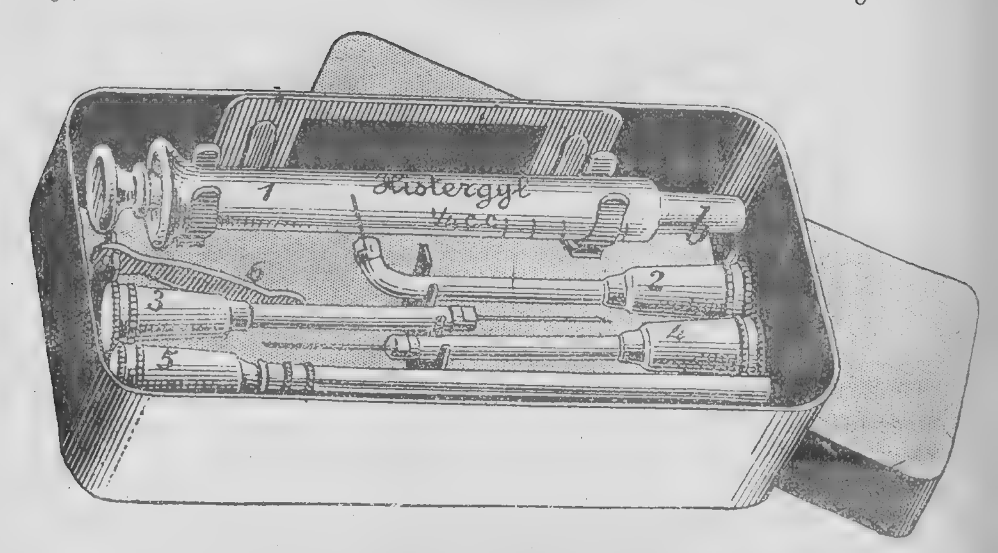


Fig III. — Micro-seringue avec canules et aiguilles interchangeables destinée à faciliter l'injection goutte à goutte des colloïdes.

Cette micro-seringue se distingue des modèles analogues par son embout de très fort diamètre (*b*) qui n'a aucune fragilité, par la variété de ses accessoires (aiguilles et canules mousses de 5/10ᵉ, droites et courbes) qui permettent l'instillation des colloïdes dans les canaux radiculaires eux-mêmes.

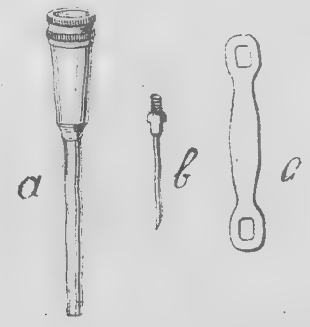


Fig. IV. — *a*) Canule porte-aiguille droite, *b*) aiguille interchangeable de 5/10ᵉ de diamètre à biseau court, *c*) clef pour le montage et le changement des aiguilles sur la canule *a*).

(Voir la discussion de cette communication p. 33 du n° du 30 janvier 1929)

REVUE ANALYTIQUE

CHATELLIER (J.). — ***Essais sur le thyroïdisme et la carie dentaire.***

L'auteur s'applique, en étudiant le problème complexe des relations des dysthyroïdies et de la carie dentaire, à mettre au point les rapports qui peuvent exister entre ces deux affections. Il expose tout d'abord l'état actuel de nos connaissances sur la carie dentaire en passant en revue les différentes théories étiologiques qui ont été proposées les unes après les autres.

Le thyroïdisme présente des états pathologiques différents, M. Chatellier en individualise trois : le myxœdème, la maladie de Basedow et les hypertrophies thyroïdiennes sans basedowisme et rappelle les théories émises par les différents auteurs sur les lésions déterminées par ces états d'hypo ou d'hyperfractionnement de la glande thyroïde.

M. Chatellier rapporte ensuite ses observations comprenant dix-huit basedowiens, huit myxœdémateux et quatre hyperthyroïdiens simples.

Cliniquement, la carie dentaire paraît plus fréquente chez les basedowiens, puisque quatorze patients sur dix-huit d'entre eux présentaient des caries en quantité supérieure à la moyenne ; ce qui peut s'expliquer par ce fait qu'il y a dans cette forme de dysthyroïdie exagération des échanges, déficience calcaire et troubles trophiques sympathiques, tous facteurs pathogènes de caries.

Par contre, dans le myxœdème il y aurait peu de caries, mais retard ou même arrêt dans l'évolution dentaire, puisque sept malades sur huit présentaient une évolution retardée et même quatre sur huit avaient des dents non encore évoluées. Ces retards vont donc de pair avec l'arrêt général du développement et les lésions des phanères qui caractérisent les états d'hypothyroïdisme ; quant aux hyperthyroïdiens simples, il est impossible à l'auteur de tirer des conclusions nettes, un trop petit nombre de malades ayant été observé.

(*Thèse de Paris* 1928).

LEBRUN et SUDAKA. — ***De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie dentaire.***

Pour MM. Lebrun et Sudaka nous employons en chirurgie dentaire beaucoup trop souvent l'adrénaline, et lorsque nous l'employons c'est en beaucoup trop grande quantité.

Après une étude chimique rapide et une comparaison des adrénalines naturelle et synthétique, les auteurs montrent les avantages et surtout les inconvénients de son emploi dans différents cas, en particulier, pour les extractions simples, l'anesthésie tronculaire, les pulpectomies et les pulpotomies. L'utilisation de l'adrénaline en chirurgie dentaire devrait être limitée aux interventions importantes, de longue durée et susceptibles d'entraîner certains délabrements.

(*Revue Odontologique*, octobre 1927).

MAYOUX (R.). — ***Mort subite par injection de novocaïne-adrénaline dans la région amygdalienne.***

Nous pensons qu'il est très utile et très intéressant de publier le cas très émouvant que l'auteur a observé il y a quelques mois dans son service. De tels faits pour lesquels nous ne pouvons fournir aucune explication satisfaisante sont utiles à connaître et à étudier. Aucune faute ne peut être relevée ; rien ne permet de prévoir des cas aussi tragiques. Quel produit doit-on incriminer ? Peut-être l'enquête et l'étude de ces malheureux cas faites par le professeur Carruyt nous en donneront-ils l'explication.

OBSERVATION : Mlle X..., arménienne, 20 ans, ouvrière, vient consulter parce qu'elle a souvent des poussées d'angines séreuses et qu'elle souffre fréquemment de la gorge. Elle ne présente pas à ce moment d'accident aigu.

Elle a des amygdales très volumineuses et cryptiques. C'est une jeune fille brune, un peu forte, de bon aspect. Un examen général ayant été négatif, on lui propose de pratiquer l'ablation des amygdales et on la reçoit dans le service.

Le lendemain, à 10 heures, loin d'un petit déjeuner d'ailleurs léger, après une pulvérisation de novocaïne à 1/20 dans la gorge, on fait dans les deux régions amygdaliennes une injection de novocaïne-adrénaline : 8 ct, de novocaïne à 2/100, additionnée de 1 cc. d'adrénaline à 1/1000e.

La malade ayant bien toléré l'injection attendait assise, pendant qu'on examinait une autre malade. Brusquement, au bout de cinq minutes environ, elle s'effondre à terre, la face pâle, avec quelques secousses dans les membres supérieurs. La respiration est arrêtée ; les battements cardiaques sont encore perçus, mais affaiblis et disparaissent presque aussitôt. Immédiatement, on pratique la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, injections d'éther sous-cutanées, injection intracardiaque de 1cc. d'adrénaline à 1/1000e ; le tout resta sans résultat. Pas d'autopsie.

(*Annales des Maladies de l'oreille*, juin 1928).

LEBEDINSKY (G.). — ***Contribution à l'étude des adénites géniennes aiguës et chronique d'origine alvéolo-dentaire.***

Il existe au niveau des joues des ganglions lymphatiques; la clinique plus que l'anatomie permet de les classer en trois groupes :

1° Le groupe sus-maxillaire ;

2° Le groupe buccinato-commissural ;

3° Le groupe molaire avec le ganglion naso-génien.

Ces ganglions, relativement inconstants dans leur nombre, leur forme et leur position, jouent le rôle de ganglions intercalaires ; ils sont situés sur les trajets des troncs lymphatiques qui vont des lèvres, des joues, des paupières, du nez et surtout des régions gingivo-dentaires aux groupes des ganglions régionaux, parotidiens et sous-maxillaires.

Rapports de ces ganglions avec la région alvéolo-dentaire :

1° Le groupe sus-maxillaire est en rapport avec la région alvéolo-dentaire prémolaire et molaire de la mandibule ;

2° Le groupe buccinato-commissural est en rapport avec la région alvéolo-dentaire prémolaire et molaire du maxillaire supérieur ;

3° Le ganglion naso-génien est en rapport avec la région des canines et des incisives du maxillaire supérieur.

Les incisives et canines inférieures sont en rapport avec les ganglions sous-mentonniers.

Ces divers ganglions sont fréquemment le siège d'adénites dont l'origine, dans plus de 80 % des cas, est bucco-dentaire.

Nombre de ces adénites, cataloguées comme tuberculeuses et soignées comme telles pendant longtemps, guérissent en quelques jours à la suite d'interventions sur la région gingivo-dentaire ; extraction de dents mortifiées, fistuleuses, racines, etc., etc...

(*Thèse de Paris*, 1928, édition *Semaine dentaire*, Ash, Paris).

TULASNE (R.). — ***Contribution à l'étude de la prothèse immédiate des maxillaires.***

La prothèse immédiate des maxillaires consiste à remplacer, au cours même de l'intervention, la partie d'os réséquée par un appareil en vulcanite de même forme et de même dimension que l'os enlevé.

Elle reconnaît pour indication formelle la résection de la branche horizontale du maxillaire inférieur intéressant l'angle et, à plus forte raison, la branche montante et le condyle. Dans ces cas en effet où il n'y a plus d'ancrage dentaire possible d'un côté, seule la prothèse immédiate est capable de donner de bons résultats.

Ses principaux avantages sont de maintenir les fragments osseux et de soutenir les tissus mous ; de plus, étant immédiate, elle s'oppose aux déformations produites par la rétraction musculaire et la rétraction fibreuse cicatricielle. Elle présente deux gros inconvénients : d'une part, celui de favoriser par irritation la récidive des tumeurs malignes et, d'autre part, celui d'être redoutée des chirurgiens en raison du manque d'asepsie des appareils employés.

La technique de la méthode due à Claude Martin, de Lyon, avait été exposée par lui dans tous ses détails, mais cette technique, assez difficile à réaliser, a malheureusement été peu à peu délaissée en France. Cependant, les auteurs allemands (Schrœder, Ernst) ont repris la méthode de Martin et en la simplifiant, en l'améliorant, ont pu obtenir de très bons résultats.

Il est à souhaiter que l'on revienne à cette prothèse immédiate, indispensable dans quelques cas bien définis. L'auteur en donne, dans son travail, les détails de technique qui en font une publication intéressante et originale.

(*Thèse de Paris*, 1928, éditée chez Legrand, Paris).

JEAN DUFOUR. — ***Le traitement des gingivo-stomatites mercurielle et bismuthique.***

Les gingivo-stomatites médicamenteuses, dont les plus fréquentes sont d'origine mercurielle et bismuthique, ne résultent pas seulement de l'action offensante du médicament sur la muqueuse buccale qui l'élimine, mais

aussi du fléchissement de l'état général et de l'exaltation du polymicrobisme buccal qui en est la conséquence.

L'auteur résume ainsi les directives du traitement :

Avant tout, il faut commencer par une mise en état parfait de la bouche : nettoyage, traitement des caries, extractions nécessaires.

Cette mise en état se complète par un traitement des lésions locales et de l'état général.

La thérapeutique locale reste adaptée à l'intensité de l'inflammation.

Au premier stade, quelques gargarismes boratés, à 2 %, salicylés à 1 % dans de l'eau chaude, quelques attouchements discrets à la teinture d'iode fraîche suffisent amplement. S'il y a de la douleur, de la dysphagie, il faut employer de grands lavages au bock avec de la solution boratée chaude, des gargarismes fréquents où entrent de la cocaïne, du menthol, du chloral, du sucroforme.

Dans les cas où les ulcérations apparaissent le plus souvent petites et nombreuses, profondes et serpigineuses, il faut recourir à la thérapeutique par les acides. On bouche les ulcérations avec un acide fort (lactique, chlorhydrique, sulfurique, chromique, nitrique). On fait ensuite un lavage abondant avec un liquide alcalin (boraté ou sel de Vichy).

Dans toutes les formes, mais surtout dans les formes intenses, la solution de chromate de potasse saturée et acidulée donne des résultats surprenants. (Pour 100 grammes de solution de bichromate de K saturée, on ajoute 2 grammes d'acide chlorhydrique).

Le néo-salvarsan et le bleu de méthylène en applications locales sont loin de valoir les caustiques précédents.

Le traitement général variera nécessairement avec la gravité de la stomatite et plus encore de l'atteinte de l'état général.

(*Sud-Médical et Chirurgical*, 15 août 1928).

Jean Mainguy. — ***Les cellulites sub-aiguës et chroniques d'origine dentaire.***

On peut observer, dans les régions cervicale et cervico-faciale, des accidents de gravité fort différente.

Tantôt ce sont des :

1° Accidents graves suraigus : Phlegmon diffus angine de Ludwig ;

2° Des accidents aigus : Phlegmon gangréneux circonscrit, abcès palatins ;

3° Des œdèmes inflammatoires éphémères, simples poussées fluxionnaires transitoires ;

4° Enfin des accidents subaigus ou chroniques: le phlegmon ligneux ; les abcès aréolaires multiples ; les formes à fistules d'évolution très lente.

L'auteur fait une étude détaillée et intéressante de ces accidents subaigus ou chroniques et conclut ainsi :

Les mono-arthrites apicales suppurées et quelquefois les accidents éruptifs de la dent de sagesse peuvent se compliquer de cellulites à allure

subaiguë ou chronique qui ne doivent pas être méconnues, sous peine d'occasionner des erreurs de diagnostic et partant de traitement.

Ce sont des lésions chroniques du tissu conjonctif, entraînant une riche fibrose et une absence de réaction polynucléaire.

La bactériologie nous montre que ces accidents ne sont pas dus à une flore spécifique, on note seulement une atténuation de virulence des agents d'infection.

Cliniquement, on peut noter trois aspects différents :

1° Le phlegmon ligneux avec sa coloration rouge vineux, son induration ligneuse si spéciale, l'extrême lenteur de son évolution et sur lequel on voit se former souvent l'un après l'autre de petits abcès. Le diagnostic de cette affection devra se faire surtout avec l'actinomycose ;

2° Des abcès successifs apparaissant isolément non plus sur placard induré, mais sur peau saine, c'est la deuxième forme clinique chronique. Ils ne doivent pas être confondus avec les adénites subaiguës qui peuvent être également d'origine dentaire, comme les adénites géniennes et avec les adénites bacillaires muco-ganglionnaires ;

3° Forme fistulisée : fistule dont l'orifice externe est cerné d'une saillie circulaire, déterminée par l'induration des tissus qui s'entourent. D'ordinaire, on croit à l'origine osseuse d'une telle fistule, mais la radiographie ne montre rien, l'exploration directe permet tout juste de rencontrer un os dénudé et le curettage osseux reste sans résultat.

C'est alors qu'il faut penser à la présence possible de tissu cellulaire sphacélé qui, véritable corps étranger, entretient la suppuration. L'intervention portant sur cette masse cellulaire permettra en effet d'amener la guérison. Ainsi l'extraction de dents causales, l'ouverture et le drainage des abcès, le curettage des tissus sphacélés, constitueront à coup sûr un traitement efficace.

(*Thèse de Paris*, 1927).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 février 1929.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BONNET-ROY.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — L'EXTRACTION CHIRURGICALE DES FRAGMENTS RADICULAIRES, PAR LE Dr H. CHENET.

M. le Dr Chenet donne lecture de la communication (v. p. 131).

M. le Président. — Vous venez d'entendre la communication du Dr Chenet. Cette communication me paraît trop importante et soulève trop de questions intéressantes pour qu'il soit facile d'instituer un débat impromptu, et je proposerai volontiers que ceux d'entre vous qui ont des réflexions à faire les méditent et que, si vous le voulez bien, nous mettions à l'ordre du jour de la prochaine séance une discussion sur cette communication. Je remercie mon ami Chenet, en votre nom et en mon nom personnel, de sa très intéressante communication et j'espère que vous voudrez bien venir la discuter en grand nombre à la prochaine réunion.

II. — LES ASSURANCES SOCIALES ET LE CORPS MÉDICAL, PAR LE Dr P. EVEN.

L'ordre du jour appelle la communication du Dr P. Even, sur « Les Assurances sociales et le Corps médical ».

Pour beaucoup d'entre vous, le Dr Even n'a pas besoin d'être présenté. Chargé de mission pendant la guerre au Centre maxillo-facial de la 10e armée, il s'y est montré pour ceux qui le dirigeaient, pour leurs collaborateurs et pour les blessés, l'ami excellent qu'il était depuis longtemps pour moi, en même temps qu'un conseiller très sûr et très précieux, pendant toute la durée de sa mission. Il n'a cessé, depuis, de témoigner sa sollicitude à ses camarades d'alors et l'Ecole dentaire de Paris en a eu la preuve à plusieurs reprises ; il en donne une nouvelle, ce soir, à ma requête.

Je ne veux pas retarder plus longtemps le plaisir que vous aurez à l'entendre sur une question aussi importante que celle des Assurances sociales et je lui passe la parole.

M. le Dr P. Even, député, donne lecture de sa communication (V. p. 181).

M. le Président. — Je ne crois pas que, sur une question de cette importance et de cette nature, il soit facile et opportun d'instaurer ici une

discussion comme sur un sujet scientifique. Nous avons la bonne fortune d'avoir parmi nous M. Vincent, chirurgien-dentiste, député du Nord ; il veut bien ajouter quelques mots à la très intéressante conférence que vous venez d'entendre ; c'est donc avec plaisir que je lui donne la parole.

M. Vincent, député. — Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, chers Amis et chers Confrères,

Je ne m'attendais certes pas à devoir prendre la parole ce soir ; mais puisque votre aimable Président m'y invite, je cède à son invitation, non pas pour le plaisir de parler, mais tout simplement pour accomplir ici un devoir ; un devoir car il y a 13 ans, voyez-vous, j'ai quitté cette Ecole, non pas comme un simple élève le fait, mais comme un praticien ayant accompli sa rééducation. En effet, en 1915, comme réformé de guerre, ayant reçu, hélas, un peu de plomb dans la tête et dans l'aile, je suis arrivé à l'Ecole de La Tour-d'Auvergne, et j'ai demandé à ceux qui la dirigeaient la permission de pouvoir me rééduquer. C'est dans votre salle de clinique que j'ai fait de nouveau mes premières armes, essayant d'extraire les dents de la main gauche, puisque la main droite ne pouvait plus le faire. C'est un devoir pour moi de remercier ce soir ceux qui dirigeaient cette Ecole, qui m'ont permis de me rendre à la profession et d'acquérir le titre de moniteur de dentisterie opératoire à la Faculté de médecine de Lille.

Je tiens à rendre hommage au travail considérable que l'Ecole dentaire a fait depuis sa création, aux services immenses qu'elle a rendus à la défense nationale pendant la guerre, mais aussi au service particulier qu'elle m'a rendu en me permettant d'exercer encore ma profession après une mutilation assez sérieuse et assez grave.

Puisque j'en ai l'occasion, je vous dirai aussi que j'ai ce soir, avec énormément de plaisir, reçu une magistrale leçon de mon collègue, M. le Dr Even, qui vous a ici disséqué, expliqué une loi excessivement complexe et qui a émaillé son discours, sa conférence, de quelques petites notes humoristiques de façon à nous permettre de traverser ce maquis qu'est la loi sur les Assurances sociales sans trop nous fatiguer. Vous avez tous, comme je l'ai moi-même, très bien compris la haute portée de cette loi ; mais vous avez compris aussi que, bâtie trop hâtivement, elle devait être retouchée.

N'est-il pas vrai qu'à la veille des réunions que nous aurons au cours de la Semaine odontologique cette leçon est tout à fait opportune ? Vos syndicats s'inspireront de ce que vient de dire votre confrère, le député Even ; vos syndicats étudieront les conclusions à tirer de cet exposé et sans nul doute nous suivrons, en ce qui nous concerne, les conseils que nous avons reçus ce soir.

Mais je tiens à dire à mon collègue M. Even que dans l'avenir je serai très heureux de faire, d'opérer la liaison entre le monde des chirur-

giens-dentistes et le monde purement médical en ce qui concerne les modifications que nous pourrions apporter à cette loi et à son application. Si vous voulez bien me le permettre, je m'engagerai donc ce soir, pour vous donner une preuve de mon amitié et de mon affection, à servir dans l'avenir de truchement entre vos organismes et les organismes qui, au Parlement, s'occupent des questions purement médicales. Je tiens d'ailleurs à vous dire qu'ayant vu passer ces temps derniers deux propositions de loi, l'une concernant un ordre pour les médecins, l'autre concernant un ordre pour les pharmaciens, j'ai pris tout de suite l'initiative de provoquer une autre proposition de loi concernant un ordre des chirurgiens-dentistes. Un projet est soumis à l'examen de mon collègue, M. Marquet, car vous le savez, nous ne sommes que deux chirurgiens-dentistes à la Chambre. M. Marquet n'est pas ici ce soir, mais sur le domaine professionnel il n'y a entre nous aucune division ; cette proposition de loi sera donc examinée par mon collègue Marquet et, sous peu, je l'espère, déposée sur le Bureau de la Chambre.

En ce qui concerne les autres revendications — article 64 notamment — nous reprendrons cette discussion et nous demanderons alors par une bonne réciprocité, au corps médical, de bien vouloir appuyer notre demande lorsque nous la présenterons au ministre des Pensions.

Pour les études dentaires, question dont nous pourrons parler un de ces soirs plus longuement, nous discuterons avec les représentants de vos syndicats, de vos écoles, du corps médical de façon à pouvoir trouver la formule qui nous permette enfin de sortir de cette impasse et qui permette à notre profession, au corps des chirurgiens-dentistes, de voir disparaître à tout jamais le malaise qui pèse aujourd'hui sur eux.

Je termine, Mesdames, Messieurs et chers Amis, en vous assurant de tout mon dévouement, de mon amitié et de ma sympathie pour ceux qui dirigent la belle Ecole dentaire de la rue de La Tour-d'Auvergne.

M. le Président. — Je remercie M. Vincent de son intervention et des renseignements si précieux qu'il vient de nous apporter, spécialement en ce qui concerne la loi des Assurances sociales, qui a été traitée d'une façon si éloquente devant vous par le Dr Even, dans ses rapports avec le corps médical. Il est bien entendu que par « corps médical » il faut comprendre le corps des médecins et celui des chirurgiens-dentistes, leur attitude vis-à-vis de la loi et des malades ne peut être que solidaire.

Je crois que les chirurgiens-dentistes se sont occupés de la question d'une façon particulière récemment, et je demanderai à M. Georges Villain, qui faisait partie de la Commission instituée auprès du ministère du Travail, de nous donner des éclaircissements s'il est en son pouvoir d'en donner dès ce soir.

M. G. Villain. — Je m'excuse de prendre la parole, car je ne voudrais pas vous retenir trop longtemps M. le député. Il est évident que nous

avons été appelés très tardivement à collaborer à la préparation de la réglementation des assurances sociales ; on aurait dû nous consulter ou plutôt nous écouter avant d'établir ce texte de loi. Nous nous sommes occupés de cette loi il y a trois ans à peu près et, des affirmations nous ayant été données par le président de la Commission du Sénat, nous avions compté sur sa sollicitude et nous avons été très surpris, lorsque le texte de la loi a été proposé au vote du Parlement, de voir qu'on avait si peu tenu compte de nos revendications qui n'avaient pas pour but de s'opposer à l'application d'une telle loi, au contraire. Si vous vous souvenez, il y a quelques années, M. Justin Godart nous a exposé le mécanisme probable de la loi, car c'était à ce moment un projet assez vague. Nous nous sommes ralliés à la proposition qu'il faisait de soutenir cette loi et d'apporter un concours entier et très dévoué à l'application de celle-ci.

Nous considérons que la loi sur les assurances sociales est basée sur un principe très généreux, et je suis tout à fait heureux et très flatté d'être de l'avis de M. le député Even : en France, pays du bas de laine, il est peut-être prématuré de vouloir faire entrer dans les mœurs les principes de solidarité sociale par une loi couvrant un nombre de risques étendu ; il eût été préférable d'agir par paliers et de commencer, comme vous le disiez, Monsieur le député, par une loi établissant l'assurance des décès. Mais enfin, elle a été conçue de cette façon ; il faut en tirer le meilleur parti.

Nous avons été appelé à représenter le corps des chirurgiens-dentistes au sein de la vaste Commission ministérielle nommée pour discuter du règlement d'administration publique relatif à l'application de la loi. Le corps médical était représenté par quatre médecins ; les pharmaciens par quatre pharmaciens, les chirurgiens-dentistes par votre serviteur. Il y avait dans cette Commission 55 à 60 personnes, un certain nombre de parlementaires, des représentants des différentes ministères qui ont à connaître de la loi ; les représentants du patronat, des ouvriers, enfin un très grand nombre de représentants des mutualistes. Dans ces conditions, évidemment nous ne pouvions pas obtenir gain de cause, car les revendications médicales sont un peu opposées aux revendications des Caisses, et si dans une des sous-commissions — la sous-commission médicale — il a été assez facile de se mettre d'accord ou tout au moins de sembler être d'accord, lorsque les desiderata émis par cette sous-commission, qui portaient sur le paiement direct, secret professionnel respecté, libre choix du praticien dans tous les cas... c'étaient là les points principaux, il n'en fut plus de même devant la Commission réunie en séance plénière.

Le ministre, M. Loucheur, avait au début de la première séance bien précisé la position en disant : nous vous demandons votre collaboration

non pas pour modifier la loi (vous n'êtes pas ici pour légiférer évidemment), mais pour nous apporter des suggestions et des avis afin que nous puissions établir le règlement d'administration publique dont un projet était déposé sur le Bureau de la Commission, projet établi par les services du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Nous avons fait remarquer combien court était le délai qui nous était imparti, car la première réunion eut lieu le 5 novembre et le travail terminé de toutes les sous-commissions et de la Commission plénière devait être remis entre les mains du ministre le 25 novembre. Lorsqu'on lui fit remarquer l'impossibilité de soumettre à nos groupements le projet de règlement d'administration publique qui nous était présenté, le ministre répondit en substance : « Si vous devez soumettre ce projet à vos groupements, je le retire, car demain paraîtront dans les journaux des parties de ce projet. Or, ce n'est pas un projet du Gouvernement ; c'est confidentiellement que nous vous demandons à vous, présidents des organisations professionnelles, un avis. Et nous avons dû accepter de collaborer dans ces conditions, qui étaient évidemment très défavorables ».

La sous-commission médicale siégea toute une semaine matin et soir. Le travail des sous-commissions et de la Commission plénière fut terminé à la date fixée, soit le 25 novembre.

Le ministre nous a remis le projet de règlement d'administration publique imprimé, le 26 janvier, avec prière de le transmettre à nos groupements respectifs pour qu'ils en délibèrent immédiatement, afin que nous puissions lui transmettre les avis et suggestion de ces groupements le 5 février au plus tard.

Par conséquent, le délai expirait aujourd'hui et nous avons dû, ce matin, transmettre au ministre les desiderata de la profession. Je vous dirai que nous avons agi avec autant de diligence que possible ; nous avons fait taper immédiatement la partie du document qui nous intéressait plus spécialement, c'est-à-dire l'assurance risque maladie ; ce texte a été expédié à tous les syndicats et sociétés professionnels affiliés à la Fédération dentaire nationale et au Groupement fédéral, et hier soir nous nous sommes réunis pour prendre les décisions suivant les avis émis par nos mandants. Nous avons ainsi laissé le maximum de temps possible aux syndicats de province dont le Bureau est composé parfois de membres qui habitent des localités très éloignées les unes des autres.

Je dois vous dire que nous n'avons pas, quant à présent, grand espoir de voir nos revendications intégralement satisfaites si le Parlement ne vient pas à notre aide, car M. Loucheur a l'air très disposé à passer outre aux revendications qui pourraient être présentées, si celles-ci comportaient la nécessité de modifier le texte de loi, le Gouvernement semblant ne pas vouloir soumettre à nouveau la loi au Parlement. Sur les modifications demandées, nous sommes complètement d'accord avec le corps

médical. Nous n'avons pas pris une position aussi sévère que le corps médical, car nous n'avons pas menacé de refuser brutalement notre collaboration à l'application de la loi si l'on ne nous donnait pas satisfaction complète. Nous n'avons pas dit cela, dans la mesure où la dignité professionnelle le permet, car nous considérons qu'il est du devoir de la profession et de chacun de nous, si même ceci doit nous porter un préjudice matériel, qu'il est du devoir de chacun de nous, dis-je, de collaborer, à une loi sociale dont le principe éminemment généreux sert les intérêts nationaux et placera la France au niveau d'avancement social qu'ont réalisé maints autres pays depuis 20 ou même 40 ans.

Nous avons adopté l'ordre du jour suivant :

Ordre du jour voté a l'unanimité par les délégués de la Fédération dentaire nationale et du Groupement fédéral des syndicats dentaires de France, réunis a Paris, le 4 février 1929.

Le Comité inter-fédérations, groupant les délégués de la Fédération dentaire nationale et du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, s'est réuni le 4 février 1929, en assemblée extraordinaire à laquelle étaient convoqués les représentants de toutes les Sociétés adhérant à ces groupements. Après examen du projet de règlement général d'administration publique pour l'exécution de la loi du 5 avril 1928, il émet l'avis que l'application de la loi en ce qui concerne les soins dentaires ne peut être efficace, juste, bienfaisante et socialement économique, que si elle permet :

1° *Le respect absolu du secret professionnel ;*

2° *Le libre choix du praticien dans tous les cas ;*

3° *L'entente directe entre assurés et praticiens, sans tarifs opposables à ces derniers ;*

4° *L'organisation et le développement des mesures d'hygiène préventives, notamment l'examen buccal périodique et obligatoire des assujettis ;*

5° *La désignation, par l'organisme national groupant les syndicats dentaires, d'un délégué au Conseil supérieur des Assurances sociales (article 72 de la loi).*

Le Comité inter-fédérations, contatant que les dispositions permettant la réalisation des conditions ci-dessus ne peuvent pas être satisfaites par le projet de règlement d'administration publique, demande

l'exécution des promesses formelles faites par le Gouvernement, lors du vote de la loi, c'est-à-dire le dépôt d'un rectificatif à la loi.

Nos groupements adhèrent sans arrière-pensée au principe généreux qui est à l'origine de la loi et sont tout disposés à accorder leur collaboration la plus loyale et la plus entière pour en faciliter l'application, ils estiment toutefois que cette collaboration ne pourra être effective et efficace que si les correctifs demandés sont apportés à la loi.

Pour la Fédération dentaire nationale,

Pour le Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France,

Le délégué général du Comité inter-fédérations dentaires,

G. Villain.

45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Au nom de la Fédération dentaire nationale et du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, le Comité inter-fédérations dentaires demande les modifications de détail suivantes au texte du projet de règlement général d'administration publique pour l'exécution de la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales.

(Les modifications demandées sont soulignées de deux traits dans la partie du texte reproduit).

Article 41, *paragraphe 2, 3e ligne* : « *Syndicats médicaux* DENTAIRES *ou pharmaceutiques* ».

Article 41, *paragraphe 1, 1re ligne* : « *En ce qui concerne les soins médicaux chirurgicaux* SPÉCIAUX ET DENTAIRES ».

Article 52, *paragraphe 2, remplacer les mots « Médicaux » par « Praticiens ».*

Article 53, *paragraphe 3, même observation.*

Article 56, *paragraphes 1, 2, 4 : même observation et de plus, remplacer le mot « Médical », par le mot «* Professionnel *», page 34, 3e ligne.*

Article 57, *ajouter* : « Pour traiter les questions dentaires, la Commission départementale tripartite devra s'adjoindre un conseiller technique élu par les Syndicats dentaires dans les conditions prévues à l'article 246 pour les élections des membres de cette Commission ».

Cette disposition nous semble indispensable étant donné que la Commission tripartite aura à connaître des conventions passées entre les caisses et les syndicats des chirurgiens-dentistes ainsi que des difficultés pouvant surgir entre ces diverses organisations.

ARTICLE 58, *paragraphe 4 : ajouter le mot* DENTAIRE après « *difficultés ou litiges » concernant le contrôle du service médical ou* DENTAIRE

Pour la Fédération dentaire nationale,	Pour le Groupement Fédéral des Syndicats dentaires de France,

Le délégué général du Comité inter-fédérations dentaires,
G. VILLAIN.
45, rue de La Tour-d'Auvergne.

En prenant cette attitude, nous pensons aider les syndicats médicaux et pouvoir ainsi, avec eux, solliciter des membres du Parlement l'appui de ceux-ci pour des revendications qui sont les mêmes pour les syndicats médicaux que pour les nôtres.

M. le Dr Even. — Tout ce que vous venez de dire ce soir m'encourage ; je ne veux pas être venu ici simplement pour faire un exposé sévère de la loi ; je veux qu'il sorte de notre causerie quelque chose de pratique. Me mettant immédiatement d'accord avec mon collègue M. Vincent, pour donner à cette conférence un résultat pratique, je vous demande de nous remettre un texte de votre ordre du jour et d'entrer en relation avec le Dr Cibrie. Décidons, ce soir entre nous, que vous allez établir cette liaison si heureuse dont vous parliez et vous mettre d'accord avec M. Cibrie. Mon collègue et moi nous sommes à votre disposition pour vous accompagner chez le ministre et lui remettre votre ordre du jour. Ce sera la meilleure façon d'agir et de travailler, puisque vous prenez une initiative que nous appuierons auprès du ministre. Vous serez les bons artisans de l'œuvre réalisée ; nous nous contenterons d'être vos conseillers techniques auprès du ministre. Nous sommes là pour cela, et c'est, je crois, la meilleure liaison pour l'action la plus sûre.

M. le Président. — Je remercie tout particulièrement le Dr Even de sa conférence et des résultats qui en découlent tant pour le corps des chirurgiens-dentistes que pour le corps médical. Il nous a démontré que la loi avait été faite un peu hâtivement ; M. Georges Villain vient de nous démontrer que le règlement d'administration publique ne le cédait en rien à la loi à cet égard et que des modifications étaient indispensables. M. le Dr Even est de ceux qui veulent bien s'en charger avec M. Vincent. Certain d'être votre interprète, je le remercie donc à la fois de ce qu'il a fait pour nous et de ce qu'il fera demain.

M. le Dr Even. — Je vous remercie de votre aimable accueil. Je considère que la meilleure façon de travailler au Parlement, c'est de se mettre en rapport avec les groupements professionnels et de puiser à la source même que je trouve ici pure et généreuse, comme elle l'est dans tous les milieux médicaux, les éléments du travail. J'essaierai d'être votre interprète auprès du ministre et au Parlement.

III. — La couronne Jacket en porcelaine. Présentation du film de M. Avary de San-Francisco, par M. G. Villain.

M. G. Villain. — Notre confrère Avary a mis au point une technique de la Jacket crown, fort intéressante et qui a été très prisée aux Etats-Unis. Il y a quelques années M. Avary est venu en France et a fait au sein de l'American dental Club de Paris une série de démonstrations sur sa technique. Il était venu avec un matériel important de démonstration, et fit un cours payant. Il n'a pas voulu quitter la France sans laisser un souvenir de son passage. Il avait eu l'occasion de me voir lorsque j'avais été en mission aux Etats-Unis pendant la guerre et il a voulu me remettre la copie du film illustrant sa technique ; il s'est trouvé que j'étais parti pour Copenhague ; il n'a pas hésité, il a pris place sur un avion ; car il ne lui restait que deux jours avant le départ du bateau qu'il devait prendre pour retourner à San-Francisco. Arrivé à Copenhague il s'occupa personnellement de trouver une salle afin de pouvoir présenter son film. Après la présentation il me demanda si je pensais que ce film pouvait être utile pour notre enseignement. Lui ayant répondu affirmativement, il me dit simplement : « Je vous le donne pour l'Ecole dentaire de Paris ».

Je n'avais pas eu l'occasion de présenter ce film à la Société d'Odontologie, et j'ai pensé qu'il serait intéressant de profiter de l'appareil à projections dont nous disposons ce soir pour le faire.

M. le Président. — Nous remercions vivement M. G. Villain de la présentation de ce film.

L'heure est malheureusement trop avancée pour que nous puissions donner la parole à M. Housset. Nous nous excusons auprès de lui et sa communication passera en tête de l'ordre du jour du mois prochain.

La séance est levée à 23 h. 35.

Le Secrétaire général,
Dr Solas.

***

Séance du 5 mars 1929.
(Résumé).

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de *M. le Dr Bonnet-Roy.*

M. le Dr Clément Simon expose le mode de traitement actuel de la syphilis. Il indique tout d'abord quels sont les différents médicaments qui constituent l'arsenal thérapeutique du praticien. Ces médicaments sont le mercure, le bismuth et les arséno-benzols. Le mercure, après avoir été le médicament spécifique, est actuellement relégué au second plan, sans toutefois être complètement délaissé. Le bismuth, plus récemment introduit, et surtout les arséno-benzols sont actuellement les médicaments de choix. Le traitement doit être conduit différemment suivant qu'il s'agit :

1° D'un patient contaminé, mais ne présentant pas encore d'accident ;

2° D'un patient porteur d'un chancre (accident primaire), n'étant pas apparu depuis plus de 15 jours (c'est-à-dire dont la réaction de Wasserman n'est pas encore positive (période pré-sérologique).

3° D'un patient dont le chancre évolue depuis plus de 15 jours, c'est-à-dire dont la réaction de Wasserman est habituellement positive (période sérologique) ;

4° D'un patient atteint de syphilis héréditaire.

Dans le premier cas, le traitement même intensif paraît faire avorter le chancre, mais un certain nombre de faits cliniques ont démontré qu'il n'empêche pas l'évolution de la maladie. Il semble donc que le traitement de cette période donne une sécurité trompeuse et qu'il ne soit donc pas à recommander systématiquement.

Dans le deuxième cas, le traitement se fait par l'injection d'arsénobenzol et de composés bismuthiques suivant un rythme alterné dont la durée totale s'étend sur une année. Le patient est ensuite mis en observation pendant une autre année et enfin déclaré guéri si, à ce moment, l'examen de son sang et de son liquide céphalo-rachidien est favorable.

Dans le troisième cas (période sérologique), le traitement se fait de la même façon, mais il est prolongé pendant trois ans, ces années étant suivies d'une année d'observation.

Enfin, les syphilis héréditaires sont traitées d'après les mêmes principes. L'auteur insiste sur la ténacité qu'il faut déployer pour arriver à rendre le Wasserman négatif ; il signale même des échecs thérapeutiques dans ces cas. Il conclut à la possibilité d'autoriser des mariages pour des sujets considérés comme guéris, il reste prudent que ces patients consentent à être examinés de temps à autre, les enfants particulièrement devant être surveillés. Il termine en faisant ressortir que les précautions prophylactiques actuelles sont nettement inopérantes ; les visites sanitaires officielles ne s'adressant à Paris qu'à une population féminine d'environ 6.000 unités, laissent ainsi un grand nombre de sujets infectés répandre autour d'eux leur maladie.

M. le Dr Pierre Robin présente un certain nombre d'observations personnelles relatives à sa méthode eumorphique. Il insiste sur l'emploi de ses appareils qui font de la régularisation cinématique. Il oppose cette action à celle des appareils communément employés (arc d'Angle, force inter-maxillaire, etc...) qui font, à son avis, de la régularisation statique. Il conclut en affirmant la nécessité d'imposer à l'enfant, dès l'apparition des irrégularités, de nouvelles conditions fonctionnelles qui agiront heureusement non seulement sur son état local, mais aussi sur son squelette et par suite sur son état général.

M. G. Villain a argumenté le travail de M. Robin et montré l'inanité des critiques adressées par celui-ci aux méthodes modernes d'orthodontie.

Discussion de la communication de *M. Chenet.*

M. le Dr Solas félicite *M. Chenet* de sa conférence très documentée, il s'associe aux conclusions de l'auteur. Il cite un cas particulièrement impressionnant de paralysie sensitive de la lèvre inférieure ayant succédé à une

intervention au niveau du trou mentonnier. Le patient avait inconsciemment mordu sa lèvre inférieure insensible au point d'y créer une plaie profonde qui fut longue à se cicatriser, la sensibilité est finalement revenue.

A propos de l'utilité de la radio, il n'est pas douteux que la radiographie est une aide précieuse, mais elle demande à être interprétée et commentée avec beaucoup de prudence. En général, les lésions maxillaires sont beaucoup plus volumineuses qu'il n'apparaît à la radiographie. Les corps étrangers sont souvent déplacés apparemment, en particulier les apex au maxillaire supérieur sont situés beaucoup plus haut qu'il ne semblerait d'après les clichés radiographiques. En conséquence, il est prudent de faire des anesthésies très étendues. Il ne faut pas oublier de compléter l'anesthésie à la face vestibulaire par une anesthésie à la voûte palatine, notamment lorsqu'il s'agit d'intervention sur le massif antérieur du maxillaire supérieur.

MM. Poulet, Fraenkel et *Dr Roy* prennent successivement la parole. *M. Roy* rapporte un cas où il a dû faire exception à la règle opératoire qui veut que l'on opère d'une façon systématique par la voie vestibulaire. *M. Chenet* conclut en s'associant aux différentes remarques qui lui ont été présentées.

A propos des incidents de la pratique journalière, le *Dr Pierre Robin* fait part d'un accident d'hémorragie à terminaison fatale chez un enfant de dix-huit mois. Cet enfant n'avait pas de tendance hémophile à sa naissance puisqu'il a été opéré d'un phymosis sans accident. Quelques mois après cette intervention, l'enfant a été atteint d'une infection colibacillaire. A la suite de cette infection, l'enfant a fait une chute sur la face, une petite plaie s'est ouverte au milieu de la lèvre supérieure, cette plaie a donné naissance à une hémorragie intarissable qui a entraîné la mort de l'enfant.

Le *Dr Pierre Robin* conclut en attirant l'attention sur le développement de l'hémophilie qui semble en liaison avec l'infection colibacillaire.

M. Henri Villain fait un appel aux confrères à propos de la Semaine Odontologique qui aura lieu du 7 au 14 avril.

La séance est levée à minuit.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 12 février 1929.

PRÉSIDENCE DE M. BOZO.

Présentation. — *M. Carvalho* présente l'observation d'une femme de 65 ans, qui toléra pendant 20 ans une racine fracturée dans la mâchoire.

M. Dufougeré présente deux lampes à rayons U. V., l'une, modification de la lampe de Cromayer, est une lampe à vapeur de mercure très mobile et facile à employer : l'autre, une lampe à arc portative qui peut être maniée et portée à la main. Les deux lampes sont munies d'embouts en quartz qui permettent de centrer le rayonnement. La première lampe est à petite longueur d'ondes, la deuxième à grande longueur d'ondes.

Communications. — Trois cas de lithiase sous-maxillaire. — *MM. Cous-*

taing, Dechaume et *Dubas* présentent trois observations qui leur permettent de conclure que l'âge n'intervient pas dans l'étiologie de la lithiase salivaire, que l'immobilité de la langue est un symptôme précoce de la lithiase salivaire. Ils pensent que la lithiase doit être rattachée aux maladies de la nutrition. Dans la lithiase de la glande, lorsque l'extirpation est décidée, il faut faire en même temps l'exérèse du canal de Warton.

Dr CROCQUEFER.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRORADIOLOGIE DENTAIRE

Séance du 7 février 1929.

En l'absence de son président, le *Dr Foveau de Courmelles*, la séance mensuelle de la Société a eu lieu sous la présidence de *M. Barail.*

Le *Dr Lemoine* expose d'une manière très lumineuse la conception électronique de l'électricité. Il développe l'hypothèse selon laquelle le courant continu serait formé par l'onde résultant du choc que se transmettent l'un à l'autre les électrons évoluant dans le sens du courant.

La comparaison qu'en donne l'auteur vaut d'être signalée. Soit une rame de wagon dont chacun d'eux représente un électron. Un choc donné par la machine au premier wagon se transmet de proche en proche jusqu'à l'extrémité de la rame. Si le train a 100 mètres de long, chaque wagon a pu ne se déplacer que de 0 m. 50, l'onde, elle, a parcouru 100 mètres. Cette onde, c'est le courant continu. La vitesse considérable du courant électrique s'expliquerait du fait que les électrons ne se meuvent pas dans le fil à cette allure, mais seulement qu'ils se transmettent la vibration initiale très vite, bien que leur déplacement soit moins rapide. Ce courant, selon l'auteur, irait du pôle négatif vers le pôle positif. L'auteur termine par un exposé sur les théories modernes de la constitution de l'atome et une démonstration de bombardement atomique.

M. Dancys présente un cas de dent surnuméraire placée vestibulairement entre les deux dernières grosses molaires supérieures et qui marqua une grande carie. Cette surnuméraire, dont la forme est curieuse, pourrait faire penser à une migration de prémolaire.

M. Prioux présente deux observations tirées de cas où la radiographie a permis un diagnostic que la clinique n'autorisait pas. Un film montre la présence d'une fraise à fissure restée dans l'organisme et entretenant une infection, un autre, une vis à racine logée dans le fond d'une alvéole près du sinus. Il insiste sur la nécessité de la radiographie en dentisterie dans les différents cas habituels ou exceptionnels.

Ces communications ont déterminé de longues et profitables discussions auxquelles ont pris part *MM. Devauchelle, Barail, Orio, Mlle Weisse,* etc...

Le Secrétaire-adjoint, F. BROCHIER.

SEMAINE ODONTOLOGIQUE

GRAND PALAIS

7 au 14 Avril 1929

PROGRAMME

Dimanche 7 Avril

MATIN. — Salle des Conférences.

9 heures. —Assemblée Générale de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France.

Ordre du Jour :

1° Procès-verbal de l'Assemblée Générale du 25 Mars 1928.
2° Correspondance.
3° Rapport du Secrétaire Général.
4° Rapport du Trésorier.
5° Rapport de l'Administrateur-Gérant de l'*Odontologie*.
6° Rapport du Président : « L'apprentissage et son orientation ».
7° Remise de médailles aux collaborateurs des Dentistes.
8° Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'Administration.
9° Questions et propositions diverses.

11 heures. — *Réunion du Conseil d'Administration.*

APRÈS-MIDI. — Salle des Conférences.

14 heures. — Assemblée Générale du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France.

Ordre du jour :

1° Lecture de la Liste des membres du Syndicat morts au Champ d'Honneur.
2° Lecture de la correspondance.
3° Adoption du procès verbal de l'Assemblée générale du 25 mars 1928.
4° Adoption des rapports moral et financier.
5° Modifications aux Statuts (M. Renault, rapporteur).
6° Nomination des Commissions autonomes (Déontologie et Finances).
9° Renouvellement par tiers du Conseil d'Administration. Election de huit Conseillers.
10° Propositions diverses.
Le vote aura lieu à 16 heures précises, nul ne pourra y prendre part s'il n'est en règle avec la Caisse trésorière.

SOIR. — Au Théâtre Albert-Ier, 64, rue du Rocher.

20 heures 1/2. — *Soirée Artistique organisée par la Section Dentaire de l'Association Générale des Etudiants.*

Lundi 8 Avril

MATIN.

11 heures. — *Inauguration officielle du Congrès et de l'Exposition par un Membre du Gouvernement.*

APRÈS-MIDI. — Salle des Conférences.

14 heures. — **M. EILERTSEN** : *Antisepsie permanente du milieu buccal.*

15 heures. — **M. FABRET** : *Quinze cas de prothèse cranienne. Méthode personnelle. Radiographies des opérés de guerre prises* **12, 13, 14** *ans après.*

16 heures. — **D**r **GERARD-MAUREL** : *Notes techniques sur mon procédé d'extraction chirurgicale des dents palatines incluses.* Présentation de malades.

17 heures. — **M. G. ANDRE** : *La Carie dentaire et l'altitude. La Réflexothérapie et les centres nerveux.*

17 heures 1/2. — *Assemblée Générale de la Société d'Hygiène Dentaire de France.*

Ordre du Jour :

1° Rapport du Secrétaire général.
2° Rapport de l'Administrateur-Gérant du journal.
3° Nomination d'un Comité de rédaction de la revue.
4° Nomination de membres correspondants.
5° Réorganisation de la *Revue d'Hygiène Dentaire.*
6° Questions diverses.

SOIR. — Salle des Conférences.

Séance de l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants.

21 heures. — **D**r **GRANDCLAUDE**, Secrétaire Général de l'Institut du Cancer : *Le Cancer expérimental* (avec projections).

22 heures. — **D**r **ROLLAND** : *Les médicaments hémostatiques* (avec projections).

23 heures. — **M. R. LERICHE** : *Abcès du voile du palais d'origine dentaire.*

Mardi 9 Avril

MATIN. — Salle des Conférences.

9 heures. — **M. W.-H. POPE** : *Une contreplaque rationnelle pour dents à crampons à bouton.*

10 heures. — **M. PELLIER-CUIT** : *Etude sur les rayons ultra-violets et infra-rouges dans certaines applications dentaires.*

10 heures 1/2. — **M. LAURENÇON** : *Du contrôle expérimental de la Vitamine D* (Actinothérapie indirecte).

11 heures. — **Mlle DUPUY** : *Foyers péri-apicaux. Traitement chirurgical. Quelques résultats éloignés.* Avec projections.

APRÈS-MIDI.

Visite à Garches des Laboratoires modèles où se préparent les sérums pour l'Institut Pasteur.

L'éminent Directeur, le Docteur Ramon, l'inventeur de l'*Anatoxine*, universellement adoptée pour la prophylaxie de la Diphtérie, dirigera lui-même les visiteurs, donnera toutes les explications désirables et fera même quelques démonstrations.

Le nombre de places étant limité, prière de s'inscrire, dès l'ouverture du Congrès, au Secrétariat, où tous les renseignements seront fournis.

SOIR. — Salle des Conférences.

21 heures. — **Séance de la Société d'Odontologie de Paris**, présidée par le Dr Bonnet-Roy, Président.

21 heures. — **M. le Professeur SEBILEAU** : *Le Cancer de la langue et l'Odontologie.*

22 heures. — **M. HULIN** : *Pyorrhée expérimentale.* Projections et présentation d'animaux vivants.

23 heures. — **Dr LHOMME et M. A. JOYEUX** : *L'Anesthésie ionique par la Carbaïne dans la pratique courante.*

Mercredi 10 Avril

MATIN. — Salle des Conférences.

9 heures. — *Assemblée Générale constitutive de l'Association Nationale des Chirurgiens-Dentistes Mutilés et Réformés de Guerre,* sous la présidence de M. Maurice VINCENT, Chirurgien-Dentiste, Député du Nord.

Ordre du Jour :

Allocution du Président.
Rapport du Secrétaire général.
Lecture des statuts provisoires.
Adoption des statuts définitifs.
Election du bureau.
Questions diverses.

APRÈS-MIDI. — Salle des Conférences.

14 heures. — M. GUINAT : *Nécessité d'une nouvelle posologie de l'Adrénaline, dans l'emploi actuel des solutions de Novocaïne non stérilisées.*

15 heures. — Dr KIEFFER (de Strasbourg) : *L'anatomie pathologique de l'articulation mandibulaire chez l'édenté. Son influence sur la prothèse complète.*

16 heures. — M. LENTULO : *Dispositif stabilisateur pour appareils de prothèse partiels ordinaires (Classe des édentés à points d'ancrage unilatéraux et groupés).*

17 heures. — M. G. MARTINIER : *Anesthésie dentino-pulpaire.*

18 heures. — M. Roger FRAENKEL : *Présentation d'un appareil devant servir à la pulvérisation de la cire pour la prise d'empreinte des inlays.*

SOIR.

19 heures 30. — *Dîner amical des Sections du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France.*

Salle des Conférences.

20 heures 1/2. — *Assemblée Générale de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer.*

Ordre du Jour :

1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière assemblée générale.
2° Lecture de la correspondance.
3° Allocution du Président.
4° Rapport du Trésorier.
5° Modification des Statuts.
6° Renouvellement partiel du Bureau.
7° Questions diverses.

Jeudi 11 Avril

MATIN. — Salle des Conférences.

9 heures 1/2. — M. le Professeur SCHENK (de Vienne) : *Correction par des bridges des irrégularités dans la position des dents.*

10 heures. — Dr F. ACKERMANN (de Genève) : *Le volume des Dents artificielles et son importance à l'égard de la stabilité fonctionnelle des prothèses.* (Illustrations et modèles).

11 heures. — Dr Jacques ROSENTHAL (de Bruxelles) : *Notes sur certains états pathologiques des gencives.*

APRÈS-MIDI. — Salle des Conférences.

15 heures 1/2. — Dr PONT (de Lyon) : *Les états précancéreux bucco-dentaires.*

16 heures 1/2. — M. PORTERA, Député : *Les Assurances Sociales.*

SOIR. — Salons du Palais d'Orsay.

19 heures 1/2 précises. — Banquet *de la Semaine Odontologique*, sous la Présidence de M. LOUCHEUR, Ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociale.
Prix du banquet : **65 francs.**

22 heures 1/2. — *Réception et Bal* offerts aux Membres du Congrès par MM. H. VILLAIN et de CROES.

Vendredi 12 Avril

MATIN.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

APRÈS-MIDI.

13 heures 1/2. — *Visite aux Usines Citroën.*

Le nombre de places étant strictement limité, on est instamment prié de s'inscrire dès le 1er jour du Congrès, afin de connaître à l'avance le chiffre exact des visiteurs pour fixer les auto-cars que M. Citroën met gracieusement à notre disposition.

Les renseignements complémentaires seront fournis au Secrétariat du Congrès.

Pour les convenances des usines, l'heure du départ, qui sera affichée, sera rigoureusement observée.

SOIR. — Salle des Conférences.

20 heures 1/2. — M. HOUSSET : *La Chirurgie alvéolo-dentaire dans ses rapports avec les infections péri apicales* (avec projections).

Dr PARTURIER : *En quoi la cardiologie intéresse-t-elle le chirurgien-dentiste ?*

Dr BOULAND : *Présentation d'un film d'hygiène dentaire : Les dents de Tommie Tucker.*

Film documentaire : Extraction de la dent de sagesse inférieure et Hygiène dentaire.

Dr GUERIN : *L'Ordre des Médecins.*

Samedi 13 Avril

MATIN. — Salle des Conférences.

9 heures. — M. LAURENT : *Un cas de rétention totale de molaire temporaire chez une édentée complète.*

10 heures. — *Assemblée Générale de la « Maison du Dentiste ».*

APRÈS-MIDI. — Salle des Conférences.

Séance de la Société d'Odontologie de Paris, présidée par le Dr Bonnet-Roy, Président.

14 heures. — Dr DUFOURMENTEL : *Le traitement chirurgical des atrophies mandibulaires.*

15 heures. — MM. Ch. DEBRAY et A. DEBRAY : *Présentation d'un cas de quatre canines incluses chez le même malade.*

16 heures. — Dr MOURGEON : *Infections générales d'origine dentaire.*

17 heures. — Assemblée Générale de la Fédération Dentaire Nationale.

Ordre du Jour :

1° Procès-verbal de la dernière Assemblée Générale.
2° Correspondance.
3° Rapport du Secrétaire Général.
4° Rapport du Trésorier.
5° Action de la F. D. N. au sujet des Assurances Sociales.
6° Confédération des Sociétés et Syndicats Dentaires Français.
7° VIIIe Congrès Dentaire International (Paris 1931).
8° Sessions de la F. D. I. (1928 et 1929).
9° Election du Comité exécutif.
10° Propositions diverses.

SOIR. — Au Théâtre Fémina.

20 heures 1/2. — *Soirée Artistique organisée par le Club Dentaire.* Revue : *L'Art dentaire à travers les âges.*

Dimanche 14 Avril

MATIN. — Salle des Conférences.

10 heures. — *Assemblée Générale du Syndicat des Journaux Dentaires.*

APRÈS-MIDI. — Salle des Conférences.

14 heures. — *Assemblée Générale du Groupement Fédéral des Syndicats dentaires de France.*

CORRESPONDANCE

LETTRE OUVERTE DU Dr DELATER A M. CH. HULIN

Deux contradicteurs ont toujours beaucoup de peine à s'abstraire chacun de sa propre pensée suffisamment pour bien entendre celle de l'autre. Nous gagnerons donc, je crois, cher monsieur, à préciser nos opinions respectives sur l'état anatomique qui sert de départ à la pyorrhée maladie, sur ces lésions épithélio-conjonctives non décelables cliniquement.

Vous faites de celles-ci, n'est-ce pas, une pyorrhée latente, l'étape liminaire d'une pyorrhée clinique à peu près inéluctable, une manifestation locale d'un « état spécial, anaphylactique, de l'organisme ».

Je crois au contraire qu'elles ne représentent pas plus la pyorrhée que la place de l'Opéra n'en représente le théâtre : on passe par elle pour entrer dans celui-ci, mais elle peut aussi bien conduire ailleurs. Les lésions que nous envisageons représentent un état anatomique banal, en quelque sorte habituel au delà de la vingtième année, sur lequel se développe la pyorrhée quand une cause favorisante (traumatisme local, état général particulier...) amoindrit la résistance des tissus. Dans d'autres circonstances elles amorcent une réaction constructive des tissus, une épulis ; mais le plus souvent elles demeurent insoupçonnées parce que manque une cause suffisamment active d'orientation vers la nécrose ou vers l'hyperplasie. Elles sont seulement le substratum histologique d'une banale *gingivite latente*. Si les caractères lésionnels ont quelque ressemblance avec ceux de la pyorrhée vraie, c'est que toutes les deux sont de nature inflammatoire.

Or, dans cette gingivite latente si fréquente, le revêtement épithélial est desquamé et contient des microbes. J'explique cette constatation avec mes connaissances de pathologie infectieuse : les culs-de-sac gingivaux sont des foyers de rétention microbienne, des « gîtes » microbiens, où le revêtement épithélial, vestige des plongées odontoplastiques, a comme une fragilité embryonnaire qui en fait la proie facile, le « couvert » offert aux microbes. Dois-je penser que, chez tous les sujets porteurs de gingivite latente, c'est-à-dire *chez presque tous les adultes*, vous faites intervenir pour « ouvrir la porte aux microbes, un autre personnage (l'instabilité humorale anaphylactique) que prépare ce « couvert » ? Je veux bien que cette instabilité, cette sensibilisation anaphylactique de l'organisme, soit causée par la résorption intestinale, initiale et ancienne, de toxines microbiennes qui se retrouvent ultérieurement dans les culs-de-sac. Mais ce serait reconnaître que nous sommes *tous* sensibilisés, ce ne serait pas expliquer pourquoi certains seulement d'entre nous partent de la gingivite latente pour évoluer vers la pyorrhée.

Je pense, pour ma part, que, si cette sensibilisation intervient, c'est plus tard, pour transformer la gingivite latente banale en pyorrhée clinique en fragilisant les tissus : cause favorisante, au même titre qu'une maladie générale, ou un traumatisme local, cause favorisant l'exaltation de la virulence microbienne qui reste, elle, la cause provocatrice et essentielle.

Reconnaissons les rôles respectifs de la graine et du terrain ; méfions-nous d'attribuer une part exclusive soit à l'une, soit à l'autre ; restons dans l'actuelle doctrine de la pathologie infectieuse générale qui donne à la graine, le microbe, même quand elle n'est pas spécifique, le rang de cause première ou provocatrice, indispensable et constante pour la même lésion, au fléchissement du terrain le rang de cause seconde ou favorisante, extrêmement variable et changeante.

Ainsi s'explique comment vous avez pu relever une apparente contradiction, dans mon article du 30 novembre 1928, entre ma réserve à reconnaître le rôle de l'anaphylaxie dans la provocation des premiers désordres épithélio-conjonctifs latents et mon approbation, encore relative toutefois, si vous ne lui attribuez qu'un rôle dans le développement ultérieur de la pyorrhée à partir de ces lésions.

Je dis : approbation relative, car si j'admets entièrement, dans l'étiologie de la pyorrhée, l'influence favorisante des traumatismes locaux infiniment répétés par malposition dentaire ou par appareil de prothèse, je cherche en vain celle d'un état général pathologique — et ne la trouve ni dans les explorations, limitées je vous le concède, que j'ai pu tenter pour la découvrir (je laisse une interrogation sur l'étiologie endocrinienne, insuffisamment documentée) — ni, dois-je le dire, dans les provocations expérimentales de la pyorrhée que vous avez obtenues en déchaînant un processus inflammatoire sur les culs-de-sac gingivaux de chiens préalablement sensibilisés à l'ovalbumine et secondairement traités par des applications gingivales de ce même antigène.

Ces expériences me paraissent ne pas répondre nécessairement aux conditions de la clinique : vous démontrez seulement, par une *gingivo réaction*, comme d'autres l'ont fait par une cutiréaction, par une sous-cuti, une intradermo ou une conjonctivo-réaction, que vos chiens sont sensibilisés à l'ovalbumine. Comme vous entretenez l'irritation par la répétition des applications d'antigène, les culs-de-sac, foyers de rétention bactérienne, répondent par leur processus habituel : la gingivite et la nécrose dues à des microbes qui se sont exaltés sur des tissus fragilisés.

Ce qu'il conviendrait de prouver c'est que l'organisme des pyorrhéiques est sensibilisé à tel antigène déterminé (produits de bactériolyse intestinale peut-être) ; il faudrait mettre cette sensibilisation en évidence soit par quelque cutiréaction, soit par la provocation d'un choc hémoclasique, en s'inspirant des admirables travaux de l'école de Widal. —

Il conviendrait ensuite de prouver que la sensibilisation d'un organisme normal par une première introduction de cet antigène est susceptible de permettre une réaction inflammatoire locale à la suite d'applications itératives de ce même antigène dans les culs-de-sac gingivaux ; — et d'expliquer pourquoi, dans les conditions naturelles, la réaction pyorrhéique est la seule traduction de cet état anaphylactique, alors qu'il devrait parfois se manifester en quelque autre point de la muqueuse digestive où se répètent les contacts avec cet antigène ; — et prouver enfin qu'il y a une relation entre cette sensibilisation et l'arthritisme.

Or, il faut bien le reconnaître, nous ne sommes, dans cette voie, qu'à l'étape prometteuse des hypothèses.

Montrez-nous, cher monsieur, comment une cause relevant de l'état général peut, à elle seule, porter ses effets sur les culs-de-sac gingivaux de *certaines dents*, — parfois d'une seule pendant quelque temps, — et non pas sur ceux de tout le clavier dentaire en même temps.

Montrez-nous comment on peut guérir définitivement la pyorrhée par un traitement du terrain qui ne soit pas la suppression chirurgicale des clapiers microbiens, — possible quand les décollements sont encore peu étendus, — par conséquent, somme toute, la suppression des microbes.

Montrez-nous que ce traitement, l'emportant sur les antiseptiques, les vaccins, les agents physiques, peut être interrompu, prolonger les bienfaits acquis de la guérison et laisser couver dans les culs-de-sac des microbes impuissants désormais à réveiller l'inflammation et la nécrose.

Montrez-nous enfin que le mécanisme pathogénique et le traitement de la pyorrhée ne gravitent pas autour du microbe, mais autour d'une « sensibilisation arthritique » des gencives ; — et j'admettrai l'intervention d'une cause seconde relevant d'un état général pathologique et prenant la place la plus importante dans l'étiologie de la pyorrhée.

19e ANNÉE N° 3 — 30 MARS 1929 — VOL. LXVII

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

LES ASSURANCES SOCIALES ET LE CORPS MÉDICAL

Dr Pierre EVEN,
Député des Côtes-du-Nord

(*Communication à la Société d'Odontologie, 5 février 1929*)

La loi sur les assurances sociales a été votée le 5 avril 1928 et publiée au *Journal Officiel* le 12 avril. Elle ne sera applicable qu'en 1930, un règlement général d'administration publique devant être élaboré avant le mois d'avril 1929. L'article 73 dit en effet que « toutes les dispositions nécessaires à l'application de la loi seront déterminées par un règlement d'administration publique rendu sur la proposition du Ministre du Travail et des Ministres intéressés *après consultation des organisations* au cours du douzième mois qui suivra la promulgation de la loi », et qu' « elle entrera en vigueur dix mois après la publication de ce règlement au *Journal Officiel* ».

Quelle sera la portée de ce règlement d'administration publique ? M. le Président du Conseil, au cours d'un débat récent, l'a exposé en ces termes à la Chambre des députés :

« M. le Ministre du Travail va envoyer au Conseil d'Etat le projet de « règlement d'administration publique relatif à la loi sur les assurances « sociales. Mais, fidèle aux engagements que nous avons pris devant vous, « il en distraira provisoirement toute la partie qui a trait aux assurances « agricoles.

« M. le Ministre du Travail a consulté les associations intéressées, il a « consulté les représentants qualifiés de l'agriculture. Vous aurez à exami- « ner et à voter, dans quelques semaines à peine, un projet de loi de « quelques articles destiné à résoudre les difficultés qu'avait soulevées, « vous vous le rappelez, l'application pure et simple de la loi générale au « monde agricole. C'est là encore une question qui ne peut souffrir de délai.

« Vous pensez bien que la fertilité intellectuelle de M. le Ministre du « Travail ne s'arrêtera point là. »

M. Poincaré, en tenant compte des réclamations du monde agricole, a tenu les promesses engagées par lui avant le vote de la loi. Si la loi n'a pas subi les modifications nécessaires que le Parlement se proposait de lui apporter, ce n'est pas du tout parce que les députés voulaient à la veille des élections faire un cadeau à leurs électeurs — joli cadeau en vérité, nous allons le voir ! — mais bien parce que le Gouvernement avait formellement engagé sa parole qu'elle serait, avant son application, revue et corrigée.

« Je tiens à répéter, avait dit *M. Poincaré*, que le Gouvernement a l'intention très arrêtée de déposer, le plus rapidement possible, non pas « un « rectificatif » général — et je voudrais bien que l'on ne se servît pas de « ces néologismes : « rectificatif, additif » et « collectif » — mais un projet « portant sur les points essentiels qui ont été visés dans cette discussion.

« En ce qui concerne notamment les intérêts agricoles, le Gouvernement « prendra contact avant la rentrée du Parlement avec les Chambres « d'agriculture, avec les Syndicats agricoles et les grandes associations « agricoles, de manière qu'à la rentrée le projet soit prêt et puisse être « examiné rapidement dès le début de la prochaine législature. »

Les agriculteurs se sont émus ; la Presse a publié le compte rendu du récent Congrès de Vannes qui avait réuni 12.000 auditeurs, devant qui un orateur populaire a dressé le tableau des modifications à obtenir. Un projet en neuf articles a été élaboré et présenté à l'acceptation du Gouvernement. Ce projet prévoit l'application de la loi par l'intermédiaire de la Mutualité agricole, qui doit être autorisée à gérer elle-même les caisses d'assurances sociales.

Composant un front unique, évitant toute fissure, les cultivateurs ont su faire abstraction de leurs préférences personnelles pour adopter à l'unanimité un ordre du jour reconnaissant le principe *excellent* de la loi, mais marquant en termes précis son manque d'adaptation à la vie agricole. Voici les quatre points principaux qui résument les revendications des agriculteurs :

« 1° Une gestion autonome des risques agricoles sera accordée pour tous les risques, dans le cadre des organisations mutuelles existantes ou à créer et, conformément au principe mutualiste, en cas de gestion bénéficiaire, des ristournes seront effectuées au prorata des versements ;

« 2° En vue de garantir l'intégrité de la famille, le père, la mère, les enfants, les frères, sœurs et collatéraux vivant sous le même toit qu'un chef de famille, ne seront pas considérés comme des salariés et soumis de ce fait à l'assurance obligatoire ;

« 3° Des subventions importantes seront attribuées par l'Etat aux mutualités libres qui représentent les 9/10 des travailleurs de la terre, afin de les encourager à participer aux assurances sociales dans le cadre de la mutualité, le régime prévu par les assujettis facultatifs n'étant qu'une duperie qui ne peut subsister ;

« 4° Le capital réservé pour les risques capitalisation pourra être recouvré par l'assuré obligatoire ou facultatif, en vue de l'achat ou de l'aménagement d'une propriété ou d'une exploitation rurales ;

« A ces conditions, mais à ces conditions seulement, les agriculteurs bretons s'efforceront d'appliquer et de développer les assurances sociales dont la faillite leur apparaîtrait certaine si la loi du 5 avril 1928 ne subissait pas les modifications réclamées. »

A la suite de cette manifestation populaire, une délégation s'était rendue chez *M. Loucheur*.

M. Faure, sénateur, avait exposé les conclusions adoptées par l'assemblée récente des présidents des Chambres d'agriculture.

Le Ministre avait répondu que la consultation des diverses associations agricoles se poursuivait et que le Gouvernement tiendrait le plus grand compte des suggestions qui lui seraient ainsi faites.

S'il était impossible de comprendre dans le règlement d'administration publique un certain nombre de stipulations nécessaires, notamment celles qui sont relatives à l'application de la loi dans les milieux agricoles, le Gouvernement, fidèle à la promesse qu'il a faite, proposerait à la Chambre les modifications à apporter à la loi du 5 avril 1928, mais que l'époque d'application de la loi qui reste fixée au début de février 1930 ne serait pas reculée.

De l'échange de vues qui avait eu lieu, il résultait qu'un accord pouvait et devait s'établir.

Les agriculteurs vont obtenir prochainement pleine satisfaction. *M. Loucheur* l'a publiquement déclaré le 27 janvier dernier, au cours d'une conférence en Bretagne, et il a exposé devant la Commission d'agriculture de la Chambre des députés les points à modifier. La Commission s'est mise d'accord avec lui. Il a même envisagé l'extension de la loi à tous les salariés sans limite de salaire pour obtenir satisfaction.

Ce que le monde agricole a su faire, à son tour le corps médical ne pourra-t-il pas le faire ?

***

Quelles sont les dispositions essentielles de la loi ?

Son but est de garantir les salariés contre un certain nombre de risques qui peuvent troubler leur capacité de production.

Ces risques principaux sont la maladie, l'invalidité, la vieillesse et le décès.

La loi prévoit en outre une participation aux charges de famille de maternité et de chômage forcé.

Au cas *de maladie*, le salarié, la femme et les enfants de moins de 16 ans ont droit au remboursement des frais médicaux, ainsi que des frais pharmaceutiques et d'hospitalisation.

Une participation de 15 à 20 % du montant de ces frais est laissée à la charge de l'assuré qui a le libre choix de son praticien.

Le salarié a droit en outre à une indemnité égale à la moitié de son salaire quotidien, à partir du sixième jour de la maladie.

Pour avoir droit aux *prestations*, il faut avoir cotisé dans les quatre premiers mois de l'application de la loi, 20 jours durant le mois précédant la maladie, et ensuite 60 jours pendant les 3 mois antérieurs à la maladie.

Invalidité

Après 6 mois de maladie, l'assuré a droit à une pension provisoire tout au moins égale à 40 % de son salaire moyen s'il est affilié avant l'âge de 30 ans. Si l'assuré est affilié après l'âge de trente ans, sa pension est diminuée d'un trentième par année d'âge entre 30 ans et son âge d'affiliation.

La pension est fixée provisoirement pour 5 années et n'est consolidée qu'après une expertise médicale pratiquée à l'expiration de ce délai.

Pour bénéficier des prestations d'invalidité il faut être immatriculé

depuis 2 ans au moins avant la maladie et par suite posséder à son compte les versements correspondant au moins à 480 jours de travail durant les deux ans précédant le début de la maladie.

Soins aux invalides

Pendant les 5 ans que dure la pension provisoire, l'assuré bénéficie des prestations médicales et pharmaceutiques prévues au cas de maladie.

Vieillesse

L'assurance garantit une pension de retraite au salarié qui a atteint l'âge de 60 ans et qui a cotisé pendant 30 ans : cette pension est au minimum de 40 % du salaire moyen. S'il a cotisé pendant moins de 30 ans, elle est égale à autant de trentièmes qu'il y a eu d'années de versement, avec un minimum de 600 fr.

La liquidation de la pension peut être demandée à 55 ans (si l'on a cotisé pendant 25 ans à partir de l'âge de 16 ans) ou retardée à 65 ans.

Décès

Les ayants droit, c'est-à-dire le conjoint survivant, ses ascendants, ou ses descendants, à charge au jour du décès, ont droit à un capital fixé à 20 % du salaire annuel moyen de l'assuré décédé avec un minimum de 1.000 francs.

Participation aux charges de famille

On entend par charges de famille les enfants non salariés âgés de six semaines à 16 ans. La participation consiste en une majoration par enfant de 0 fr. 50 pour l'indemnité journalière, 100 francs pour la pension d'invalidité, 100 francs pour le capital au décès.

Les veuves d'assurés ont droit à une pension d'orphelins pour chacun de leurs enfants de 1 à 16 ans au delà du second. Le minimum est fixé à 90 francs par an et par enfant.

Maternité

L'assuré et la femme de l'assuré ont droit aux prestations médicales, pharmaceutiques et autres, prévues au cas de maladie pendant la durée de la grossesse et les six mois qui suivent l'accouchement.

L'assurée seule a droit à l'indemnité de demi-salaire, six semaines avant et six semaines après l'accouchement. Une prime d'allaitement ou, si elle n'allaite pas, des bons de lait lui sont en outre accordés.

Chômage involontaire

Le fonds de majoration paye la cotisation de 10 % pendant 3 mois sur 12 au maximum. Il n'y a pas d'indemnité spéciale, mais l'assuré conserve tous ses droits à l'assurance sans avoir à payer sa cotisation pendant six mois.

Le secours chômage a une comptabilité spéciale complètement séparée les A. S. Les caisses primaires ne font pas cette assurance. L'assuré facultatif doit avoir moins de 50 ans et subir une visite médicale. Si son revenu

annuel dépasse le maximum fixé par la loi, il perd le bénéfice de l'assurance maladie et ses cotisations à venir sont versées pour l'assurance décès, vieillesse et invalidité. S'il devient salarié, il est inscrit obligatoirement à la loi et ses versements comptent ; dans le cas contraire aussi. Les pensions acquises sont incessibles et insaisissables. Les avantages de la loi sont suspendus pendant le service militaire et en cas d'appel sous les drapeaux.

L'affiliation à la loi est obligatoire, à la diligence de l'employeur sous peine de poursuites en simple police pouvant entraîner une amende de 5 à 15 francs plus le versement des cotisations.

Le versement des 10 % doit être fait *par l'employeur* dès le 10e jour de chaque mois. Des versements facultatifs supplémentaires sont admis.

Le contrôle technique médical est assuré par les Syndicats. Les bénéficiaires de la loi doivent l'accepter. En cas de contestation, une commission technique de trois médecins (traitant, désigné par la caisse ou l'assuré, désigné par le juge de paix, intervient).

Les sanctions contre les médecins marrons sont prévues à l'article 67, § 1er.

A côté d'une direction générale siégeant à l'Office National des Assurances sociales qui sera chargé de l'application de la loi, un conseil supérieur est constitué, qui donnera son avis sur tous les projets et propositions de loi relatifs aux assurances sociales. Une section permanente existe au Conseil supérieur : c'est le Conseil d'administration de l'Office National. Il peut être appelé à rendre un décret (art. 33, § 8) réglementant le taux des prestations en cas d'insuffisance de ressources. Il y aura des offices départementaux et interdépartementaux, des caisses départementales et primaires agréées par l'Office National, avec recours devant le Conseil d'Etat en cas de refus d'agrément ; ces caisses seront contrôlées par l'Office et les ministères du Travail et des Finances. La gestion financière sera définie par le règlement d'administration publique. Des dispositions spéciales prévoient les cas d'excédents ou de déficits et le jeu des prélèvements de compensation. Au-dessus de toutes ces caisses il y aura une caisse générale de garantie relevant du Ministère du Travail. Pour les frais de premier établissement des caisses, le Trésor fera des avances remboursables. Il est créé un fonds de majoration et de solidarité et un fonds de garantie et de compensation alimentés par des prélèvements sur les cotisations des assurés, des contributions de l'Etat, le produit des amendes, etc.

L'assujettissement obligatoire cesse à l'âge de 60 ans, avec faculté de porter la limite à 65 ans en continuant de travailler. Passé 60 ans, l'assuré qui continue son travail jusqu'à 65 ans est dispensé du versement de 5 %, mais l'employeur doit continuer sa participation qui passe au fonds de majoration. Les personnes qui bénéficieront de la loi n'auront pas la faculté de se réclamer de la loi sur l'assistance médicale gratuite ni de la loi sur les accidents du travail.

J'éviterai d'aborder le problème financier. C'est un domaine obscur. Jugez-en par cet extrait d'un article paru dans une revue politique sous la signature d'un ancien chef de cabinet de M. Fallières.

Recours probable des caisses primaires à la réassurance

« La Chambre avait évalué le nombre des salariés futurs assurés obligatoires à 8.011.000, dont 5.009.000 hommes, 3.002.000 femmes. La commission sénatoriale a adopté ce chiffre, mais elle a préféré, pour ce qui concerne la répartition par âges, s'en rapporter plutôt qu'aux chiffres de la Chambre aux indications données par l'application de la loi sur les retraites ouvrières, qui impliquent un moins grand nombre de salariés jusqu'à 30 ans, un plus grand nombre ultérieurement, qui, par conséquent, sont plus pessimistes et assurent mieux l'équilibre du système. Par contre, en raison de la dépréciation de l'argent et pour d'autres causes, le salaire moyen a été estimé plus élevé, 5.000 francs en moyenne. Les salaires des assurés obligatoires atteindraient au total 45 à 50 milliards.

Comment se répartira, selon les calculs de la commission sénatoriale, la double cotisation de 10 % des salaires ? De ces 10 % l'assurance-maladie absorbera 2.82, dont 1 d'indemnités espèces, 1,20 de traitement médical, 0,17 de traitement pour le conjoint non assuré, 0.45 pour les enfants. L'assurance-maternité absorbera 0,35 %. L'assurance-décès coûtera 0,30 %. L'assurance-invalidité reviendra à 2,10 %, dont 2 pour les pensions et 0,10 pour les frais de traitements. L'assurance-vieillesse absorbera 3,50 %, les charges de famille 0,10, le chômage 0,10, les frais de gestion 0,50, les charges de la période transitoire 0,20. Il restera un faible battement de 0,03 %. Aux recettes ainsi déterminées et qui s'élèveront de 4,5 à 5 milliards pour les assurés obligatoires, s'ajouteront les bénéfices escomptés de la réduction progressive des dépenses budgétaires des retraites ouvrières, que l'on juge équivaloir à une annuité perpétuelle théorique de 50 millions, la moitié des économies réalisées par l'Etat, les départements, les communes sur leurs services d'assistance, soit 105 millions 5 millions environ du Pari mutuel et de la Banque de France, etc.

Division des recettes entre les caisses

Comment ces ressources seront-elles réparties entre les Caisses ? Les cotisations sont perçues par la Caisse départementale, celle-ci en transmet aux diverses Caisses primaires la fraction correspondant aux services qu'elles assurent. Ainsi une caisse assurant tous les services de répartition, maladie, maternité, décès, soins aux invalides, devrait recevoir 3,57 sur 10 de cotisation. En réalité, on retient d'abord pour le fonds de majoration la moitié de la part réservée aux soins en nature aux enfants 0,225, plus 0,04 pour participation au décès, 0,10 pour le chômage, 0,50 de gestion, 0,10 de charges de famille, 0,03 de battement présumé entre les recettes et les dépenses, enfin 1,5 % du salaire des assurés âgés de moins de 30 ans. D'autre part, un prélèvement de 0,002 de toutes cotisations est fait au profit du fonds de compensation et de garantie. Finalement, la caisse départementale ne disposera, au maximum, que de 8,79 des salaires, au lieu de 10, pour assurer les divers services. Elle transmettrait à la caisse primaire, la diminution portant uniquement sur les services de répartition, 3,29 au maximum, au lieu de 3,57. En pratique, il y aura encore un prélèvement de 10 % fait à titre de réassurance sur les services de

répartition par la Caisse départementale, ce qui réduit la part de la caisse primaire à moins de 2,96. Par contre, le fonds de majoration et de solidarité restitue 0,11 pour les enfants de moins de 16 ans. Le total est porté à 3,07 pour les différents services prévus au total pour 3,57. Les caisses ne seront donc en équilibre qu'en réalisant une économie d'environ 15 % sur les dépenses prévues.

Principe de la ventilation des cotisations

Au cas — normal — de déséquilibre, il est fait appel à la réassurance de la Caisse départementale d'abord, de la caisse de garantie ensuite, dans les conditions exposées. La caisse départementale, outre les fractions de cotisation afférentes aux services qu'elle assure elle-même, dispose de 5 % des cotisations sur les 10 perçus à titre de réassurance, le reste étant transmis à la caisse de garantie. Le fonds de garantie de la caisse, du seul fait de ce prélèvement, disposera de 2 à 300 millions annuellement ; l'équilibre du fonds de majoration et de solidarité est prévu à 978 millions pour les recettes, 941 pour les dépenses, dont 396 de charges de la période transitoire pour majoration des rentes d'invalidité et de vieillesse.

L'équilibre financier de l'ensemble du système semble donc bien établi, mais, par l'intervention des organismes supérieurs, c'est-à-dire par le système de réassurance, que M. Chauveau eût désiré plus absolu et qui en pratique se traduit par un danger moindre encouru du fait de la tendance à la professionnalisation de l'assurance, mais par une subordination plus étroite des caisses primaires aux organismes supérieurs sur lesquels l'influence de l'Etat se fait plus directement sentir ».

Les femmes assurées qui bénéficient des prestations en cas de maternité ne peuvent réclamer le bénéfice des lois antérieures sur l'assistance aux femmes en couches, mais l'assurée peut conserver le bénéfice de loi sur l'assistance aux familles nombreuses. Je laisse de côté toute la partie contentieux, la partie spéciale aux agriculteurs, le régime des assurés facultatifs, les dispositions spéciales aux bénéficiaires des retraites ouvrières et paysannes, des malades et blessés de guerre, des caisses privées de retraites et de prévoyance, de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, de la mutualité scolaire.

* * *

Venons-en aux articles qui intéressent plus spécialement le corps médical. Il y en a deux qui retiennent particulièrement l'attention. Ce sont les articles 4, 6.

Certaines expressions demandent d'abord une définition :

Que veut dire le mot PRESTATION ? Il y a les prestations maladie et les prestations en espèces. Les prestations maladie sont de deux sortes :

1° Prestations en nature ;

2° Prestations en argent.

Sous le nom de prestations en nature on distingue :

1° Les frais médicaux qui peuvent être afférents à la médecine générale, à la médecine spéciale (maladies de la tête, des yeux, des oreilles, de la gorge, etc.), à la gynécologie, électrothérapie, radiographie, radiothérapie,

mécanothérapie, hydrothérapie, aux interventions chirurgicales, aux soins dentaires ;

2° Les frais pharmaceutiques ;

3° Les frais d'hospitalisation et de traitement (frais de nourriture compris) dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure, sanatoria, dépendant ou non de la caisse, ayant ou non passé un contrat avec elle, qu'ils soient publics ou privés ;

4° Les frais de gardes-malades justifiés, les frais de déplacement, s'ils sont nécessités par les soins ordonnés.

La loi désigne sous le nom de prestations en espèces les ressources pécuniaires qu'elle fournit à l'assuré pour le faire vivre lui et les siens pendant une maladie.

La prestation en argent égale le demi-salaire moyen quotidien. Elle est assurée pendant six mois. Le salaire moyen quotidien est obtenu en divisant par 300 le salaire annuel. Les charges de famille sont payées par le fonds de majoration et de solidarité.

Le DÉLAI DE CARENCE, c'est le temps qui s'écoule entre le début de la maladie et le moment à partir duquel intervient l'assurance.

Il est plus difficile de dire la différence qui existe entre les mots « ENTENTE DIRECTE » et « paiement direct ». Il y a eu à ce sujet des heurts très rudes que l'on ne s'explique vraiment pas entre les tenants des diverses thèses médicales au temps où les médecins ne s'aimaient pas.

Le 1/3 payant représente un intermédiaire entre le malade et le médecin : c'est la caisse d'assurance.

Le FORFAIT, c'est l'accord sur un revenu fixe mensuel ou annuel, quels que soient le nombre de malades et le nombre d'actes médicaux. Il peut être fait par tête d'assuré ou par cas de maladie. Le TICKET MODÉRATEUR, c'est le système qui laisse à la charge de l'assuré une somme à payer comme participation aux frais de maladie.

***

De violentes critiques se sont élevées de tous côtés contre la loi. Non pas certes que le principe en fût contesté. Nous avons vu tout à l'heure que les agriculteurs l'acceptaient. Il en est de même pour le corps médical. Dans une thèse vigoureuse, que je vous recommande de lire, bien que le régime parlementaire n'y soit pas ménagé, M. le Dr *Guérin* écrit :

« Ce que nous nous n'admettons pas, ce n'est pas le « principe même » « des assurances sociales.

« Bien au contraire, nous trouvons infiniment scandaleux qu'en « matière sociale la France ait à rattraper un retard de 20 ou de 40 ans « sur tel ou tel pays voisin ; scandaleux, l'encombrement des tuberculeux « dans nos hôpitaux ou leur entassement dans des léproseries modernes ; « scandaleuse aussi l'insuffisance manifeste de nos sanatoria ou de nos « établissements de prévention ; scandaleuses toujours, les tristes constatations dont s'est émaillée la discussion parlementaire, etc., etc...

« Nous acceptons le principe des assurances sociales ; nous n'admettons pas le mode d'application qui en est fait. »

Depuis de longues années des orateurs désireux de voir la France entrer résolument dans la voie d'une bonne organisation sociale et de protection de la santé publique ont exposé à la tribune du Parlement le programme à réaliser. Les critiques, parfois sévères, qui ont été formulées, ne doivent pas servir d'armes contre un régime politique : elles prouvent seulement qu'il reste encore des hommes indépendants plaçant au-dessus de tout les intérêts de leur pays. Lorsque des littérateurs comme M. Paul Bourget préfaçant une thèse se laissent aller, tout en reconnaissant, eux aussi, le principe généreux de la loi sur les assurances sociales, à un réquisitoire « *contre l'erreur dont notre pays est la victime depuis tant d'années,* « c'est-à-dire : *le procédé qui consiste à demander des règlements de vie* « *nationale à des assemblées issues du suffrage universel* », ils expriment une opinion qu'ils ont le droit d'avoir. Mais lorsqu'ils ajoutent : « Incom- « pétent par définition, puisque la somme des volontés *inintelligentes* « ne peut aboutir qu'à des résultats *inintelligents*, il (le suffrage universel) « investit du pouvoir législatif la *plus médiocre espèce d'hommes*, la moins « qualifiée pour résoudre sagement les questions complexes que pose « l'activité d'un grand peuple moderne : *le Politicien*. Ce n'est pas que ce « politicien ne soit pas sans talent. Il en possède un, lui aussi ; *celui de se* « *faire nommer*. Mais le maquignon en possède un lui aussi : *celui de* « *vendre chèrement des chevaux tarés*. Ainsi s'explique qu'aucune mesure « vraiment féconde ne puisse émaner de notre Parlement », je dis que lorsqu'ils ajoutent cela ils sont manifestement d'un parti pris qui ne peut que laisser indifférent tout homme politique qui travaille avant tout pour son pays sans souci d'une vaine parade sur les tréteaux.

J'ai même lu un jour dans un journal médical, et cela dépassait vraiment la mesure, que la loi sur les assurances sociales était le fruit d'un *Parlement en démence*. Passons. Au temps où le corps médical n'arrivait pas à se mettre d'accord pour présenter un front unique, un confrère éminent le déplorait en ces termes :

« Comment une question aussi claire que celle des assurances sociales « a-t-elle pu troubler nos esprits au point de provoquer des discussions « si embrouillées et si passionnées, des divisions qui ne pouvaient que « faire le jeu des politiciens démagogues, uniquement préoccupés de « présenter à la masse électorale, en temps opportun, quelque beau cadeau « qui ressemblât à la lune ? »

Le coup de griffe au Parlement rendu presque responsable de la désunion du corps médical pourrait me servir de transition pour étaler sous vos yeux les lamentables dissentiments qui se sont fait jour entre diverses puissantes associations corporatives. Mais je n'oublie pas que je suis parlementaire et médecin. J'estime que mon rôle n'est pas de marquer les coups, mais au contraire de rechercher, comme l'avait fait au cours de la discussion publique, mon ami M. le Dr *Gadaud*, ce qui peut unir sur le terrain social le médecin et le salarié sans sacrifier les intérêts de l'un ou de l'autre.

***

Examinons les points contestés par le corps médical.

Les médecins posent trois conditions essentielles :

1° Libre choix du médecin ;

2° Respect du secret professionnel ;

3° Entente directe avec l'assuré (paiement direct).

D'abord *libre choix du médecin.* Que dit la loi ?

Elle dit expressément :

Article 4, § 2 : l'assuré choisit librement son praticien.

C'est déjà la certitude qu'il n'y aura pas de médecin de caisse. Mais les termes du § 4 du même article soulèvent des controverses. Il parle des *tarifs locaux.*

Comment définir les tarifs locaux ? N'est-ce pas la porte ouverte aux redoutables ententes au rabais que certains médecins peu consciencieux, comme on en voit hélas ! aujourd'hui trop en matière d'accidents du travail, s'empresseront de signer ?

L'article dit bien « compte tenu des tarifs syndicaux », mais ce n'est pas suffisant aux yeux du corps médical. Un isolé peut se présenter, accepter un tarif au rabais en faveur des assurés, et devenir ainsi, sans que cela existe officiellement, un médecin de caisse. Le corps médical demande un texte plus clair et qui lui donne plus de garantie. *M. Gadaud* avait à ce sujet posé une question au Président de la Commission au cours des débats devant la Chambre des députés.

« Arrêtons-nous sur ces mots « tarifs locaux » disait-il. Que signi-
« fient-ils ? Sont-ils limitatifs et engagent-ils d'une façon absolue, pour le
« prix des soins donnés, les caisses et les syndicats professionnels ?

« S'il en est ainsi, il est certain que les médecins qui accepteront
« ces tarifs seront les médecins des caisses et que ceux qui ne les accepte-
« ront pas seront exclus des caisses ; les assurés ne pourront recevoir leurs
« soins. Alors le libre choix affirmé au paragraphe 2 n'a plus aucun sens.

« Pour que le principe de l'entente directe soit sauvegardé, il est
« nécessaire que les mots « tarif local » veuillent dire : « montant, quan-
« tum de la participation de la caisse aux soins médicaux.

« Si c'est là l'interprétation du texte, et si M. le Rapporteur nous
« l'affirme, ce sera déjà un grand point élucidé. »

Et M. le Président de la Commission répondit laconiquement : « Oui ».

Fort de cette simple réponse, le Dr *Gadaud* déposait aussitôt un amendement ainsi libellé :

« § 4. La participation des caisses aux soins donnés, soit à domicile,
« soit dans un milieu hospitalier ou technique est réglé par la caisse à
« l'assuré, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués
« dans la région.

« Ces tarifs, communiqués à titre indicatif aux caisses par les méde-
« cins, le quantum de participation des caisses, ainsi que les modalités
« d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles, sont
« inscrits dans les contrats collectifs entre les caisses et les syndicats
« professionnels habilités par leur union nationale.

« § 5. L'assuré règle directement les honoraires de son médecin ».

Cette rédaction précisait le mécanisme normal d'une loi d'assurance-maladie : le corps médical indiquait aux caisses ses tarifs syndicaux mi-

nima ; d'après ces indications les caisses fixaient le *quantum* de *leur participation aux frais* ; elles remettaient à l'assuré le montant de cette participation, en lui laissant le soin de régler directement les honoraires de son médecin. C'était clair.

En écartant ainsi les « contrats à tarif réduit », on écartait du coup les possibilités de médecine au rabais et ses atteintes au libre choix. Par surcroît, en écartant le tiers payant, on offrait aux caisses le seul moyen d'établir leurs prévisions budgétaires tout en laissant le médecin face à face avec son client.

Devant la promesse qui lui fut faite, à savoir que le règlement général d'administration publique réglerait la question, *M. Gadaud* n'insista pas. C'est donc à la commission mixte qu'il incombe de faire inscrire aujourd'hui les précisions voulues dans le règlement général d'administration publique. *M. Gadaud* avait posé d'autre part la question des syndicats habilités. Revenant à la question, il insistait :

« Le corps médical ! on peut, à l'heure où je parle, employer ce mot « dans un sens précis et univoque. Car fort heureusement pour l'œuvre « législative qui nous tient à cœur, le corps médical devant la loi est, « en ce moment, unanime. Si, au Sénat, en juin dernier l'éminent rapporteur de la loi avait à parler de l'union des syndicats médicaux de France, « de la Fédération nationale des Syndicats médicaux, du Groupement « des Syndicats généraux et médecins spécialisés, aujourd'hui l'union « complète a été réalisée par le Congrès du 30 novembre dernier. Ce congrès « a décidé la création d'un organisme central, organisme fédératif comprenant les trois groupements précités, tout en laissant subsister leur autonomie, et capable d'habiliter les divers syndicats médicaux qui auront à « contracter avec les caisses. Le fait est d'importance. Il faut le retenir. »

M. le Président de la Commission lui répondait :

« Le corps médical demande que le libre choix ne soit pas absolu, « qu'il ait une limitation. C'est l'obligation pour le médecin d'adhérer aux « clauses du contrat collectif, et de reconnaître, en attendant la création « d'un ordre médical, la juridiction du conseil de famille syndical. Sur ce « point, qui n'est pas précisé par la loi, il y a l'accord de la Commission « de la Chambre, il y a celui de la Commission sénatoriale de l'hygiène, « et il y a également l'accord du corps médical lui-même.

« Par conséquent, il ne peut y avoir aucune difficulté. Si le Conseil « d'Etat ne peut pas, dans le règlement d'administration publique, préciser ce point, et si un texte législatif est nécessaire, nous donnons « l'assurance aux médecins — et ils sont fixés — qu'ils auront satisfaction, « parce qu'aucune objection ne peut être soulevée. »

M. Gadaud s'écriait alors : « Voilà la garantie ».

Et M. le Président de la Commission concluait : « En ce qui concerne « l'obligation pour les caisses de ne traiter qu'avec les syndicats habilités « par un organisme fédératif central, je fais la même observation.

« Il est incontestable qu'il serait infiniment regrettable que trois « ou quatre médecins indésirables, affranchis de tout lien professionnel, « ne présentant aucune garantie morale ou professionnelle, pussent créer

« un syndicat d'occasion — permettez-moi l'expression — destiné à « exploiter la médecine des assurances sociales.

« Sur ce point encore, nous avons donné entière satisfaction aux « médecins. Pourrons-nous le préciser dans le règlement d'administration « publique ou dans le texte rectificatif ? Peu importe. L'essentiel, c'est « qu'il n'y ait pas de désaccord et que nous soyons bien décidés à donner « aux médecins cette satisfaction. »

Le Ministre lui-même intervenait et affirmait nettement :

« S'il convient d'aller plus loin et de spécifier, comme on l'a demandé, « que la faculté de passer ces contrats soit réservée aux syndicats médicaux « affiliés à une fédération nationale, il ne se trouvera personne ici pour s'y « opposer. »

Rappelons que le premier texte du projet de la loi de la Chambre des députés (art. 23, §§ 1 et 2) stipulait que les assurés ne pourraient choisir leur médecin que sur une liste établie par la caisse et comprenant les seuls médecins faisant partie du groupement avec lequel ladite caisse aurait signé un contrat collectif.

Cette méthode ayant été condamnée par le corps médical, le Sénat, pensant lui donner toute satisfaction, avait inscrit dans la loi le § 2 de l'article 4 qui ne comporte plus que les seuls mots suivants : « l'assuré choisit librement son praticien ».

La loi ne parle pas des syndicats habilités. Est-ce un oubli, est-ce un calcul ? *M. le Dr Guérin* se le demande dans sa thèse :

« Le libre choix absolu triomphait. Le malade gardait le risque d'être « mal soigné par un aigrefin, et la caisse gardait le droit de faire appel au « confrère indigne, de contracter avec n'importe qui, pourvu que « n'importe qui » forme un groupe et s'intitule syndicat. Là où « n'importe qui » « n'existera pas, on le fera venir et tout se passera légalement. N'était-ce « pas cela qu'on avait cherché ? On serait en droit de le penser, et de retenir la conclusion de M. le sénateur Fernand Merlin. En supprimant les « listes locales établies par les syndicats affiliés aux Unions nationales, on « a ainsi, d'avance, paré à ce grave inconvénient : l'impossibilité d'appliquer la loi si les médecins habitant telle localité n'avaient pas adopté les « tarifs ou les conventions qu'on leur proposait. »

Je ne m'attarderai pas sur le *secret professionnel*. Les augures discutent pour savoir s'il faut ou non s'en libérer. J'ai appris à le respecter. Je reste fidèle à ce que mes maîtres m'ont appris. Les jeunes peut-être penseront autrement. Chaque génération a ses dieux. Je garde les miens.

Je ne traiterai pas devant vous la question des cliniques et des dispensaires posée par l'article 6. Je laisse à plus compétent que moi le soin de développer un jour une conférence sur ce point qui intéresse plus particulièrement nos confrères citadins.

Les partisans du 1/3 payant demandaient au corps médical d'accepter le paiement de leurs honoraires, en totalité ou en partie, au moyen d'un ticket de paiement établi par les caisses.

Les médecins demandaient que, dans tous les cas, le paiement en espèces fût fait au moment de la visite comme en clientèle. Cependant

nombreux sont ceux qui ont adopté un mode de paiement par intermédiaire et qui ne paraissent pas s'en trouver trop mal. C'est ainsi que les visites des accidentés du travail sont payées au médecin par la compagnie d'assurance. D'autre part, *M. Emile Sari* (Sénat, *Journal Officiel*, f° 168) a déclaré :

« Les médecins de la région lyonnaise sont tout à fait partisans du « ticket parce que, dans cette région, il a parfaitement réussi ; son appli- « cation a été si encourageante, ils en sont si satisfaits, qu'ils s'étonnent « qu'on veuille le supprimer. »

M. *Dominique Delahaye* (*Journal Officiel*, f° 668) a déclaré de son côté : « Etant donné la divergence d'opinion qui semble exister entre les méde- « cins de France et les médecins parlementaires sur ce point, ne pourrait-on « s'entendre sur une décision qui ne deviendrait définitive que lorsqu'elle « aurait été adoptée par tous les médecins de France. »

En présence de ces divergences d'opinion, le Sénat a inscrit dans la loi « la liberté contractuelle ». Il laisse la liberté aux caisses d'une part, aux syndicats médicaux de l'autre, de s'entendre, comme ils voudront, et de mettre dans le contrat collectif ce qu'ils auront décidé en commun.

L'entente n'est pas aussi difficile que certains le croient. Il y a des exemples : telle est la convention signée le 31 mars 1925 pour 3 ans entre le Président de la Fédération des Sociétés de secours mutuels d'Angers, *M. Girard* et *M. le Dr Meignant* du Syndicat médical d'Angers. Telle est encore l'entente réalisée dans le Rhône entre le Syndicat et les Sociétés de secours mutuels.

Le meilleur système serait, à mon avis, l'indemnité fixe journalière à charge pour l'assuré de payer directement son médecin. Au Sénat, *M. le sénateur Merlin* a fait sur ce point l'intéressante déclaration que voici :

« N'encourageons pas certains praticiens à la médecine en série et au « rabais, et, surtout ne votons pas un texte qui permette le retour et « l'extension de faits blâmables. Revenons à l'honnête pratique médicale, « à la moralité professionnelle qui rétablira les rapports de droiture entre « médecins et clients étayés sur le dévouement et la confiance. Il y aura « moins de consultations et de visites, elles seront réellement motivées, « de qualité meilleure. En réglant lui-même son médecin, son pharmacien, « en participant à ces dépenses, l'assuré comprendra mieux l'importance « de ce service médical, base de la loi, il sera le premier à limiter les abus. « Nous ne voulons plus de ces cabinets, très rares certes, mais qui existent « cependant, transformés en officine douteuse d'où les pourboires ne sont « pas exclus. La loi sur les accidents du travail et la loi des pensions favo- « risèrent parfois cette pratique sinistre qui n'a rien à voir avec la méde- « cine digne de ce nom. Ne retombons plus dans de semblables erreurs : « méfions-nous des textes improvisés ou mal rédigés qui les favorisent.

« Pour réaliser l'entente directe, il faut simplement que la caisse « verse au salarié malade une somme forfaitaire dont elle doit être seule « juge, moyennant quoi celui-ci ira se faire soigner où il voudra, par qui « il voudra, au prix qu'il consentira. Ce sera le libre choix absolu pour le « salarié, la liberté complète pour le corps médical, la suppression de tout « contrat, de tout contrôle. »

C'est l'entente directe. C'est la pratique habituelle. Le malade assuré est soigné comme un client ordinaire. Il garde sa dignité : il n'est pas traité en mineur suspect par la caisse. Il a recours au médecin de son choix et son entière liberté lui est laissée.

Pratiquement, cette entente directe pourrait être réalisée selon la modalité suivante : l'assuré toucherait de la caisse une allocation quotidienne de maladie au moyen de laquelle il réglerait les honoraires du médecin et paierait les médicaments. Les seuls rapports du médecin avec les caisses consisteraient, d'une part, dans la délivrance au malade d'un certificat attestant l'état de la maladie, et, d'autre part, dans l'acceptation d'une juridiction contrôlant, en cas de doute, la bonne foi et la loyauté de sa conduite.

Il ne peut pas être question de l'indemnité forfaitaire par nature de maladie.

« Des esprits chimériques, écrit M. Guérin, avaient longtemps essayé « de réaliser ce forfait par nature de maladie : de savants calculs devaient « déterminer par avance, pour chaque maladie, la somme nécessaire à son « traitement et la durée dudit traitement : on aurait ainsi établi une fois « pour toutes qu'une typhoïde dure 90 jours et légitime X francs de frais « de traitement, une pneumonie 10 jours et légitime X' francs, etc... et on « se serait ainsi débarrassé, moyennant paiement des X ou X' francs « inscrits au barême, de l'assuré typhique ou pneumonique... Sans parler « du secret professionnel ainsi violé par définition, qui ne voit le danger de « fixations aussi arbitraires : « Si le médecin est pessimiste — remarquent « très justement nos confrères de l'*Immunité* à propos d'un contrat mari- « time de ce genre — toute fièvre élevée pourra être cataloguée « fièvre « typhoïde », ce qui vaudra à l'intéressé, d'après le barême, 90 jours d'in- « demnité. Si, au contraire, ledit médecin est optimiste, il cataloguera cette « fièvre « embarras gastrique simple » et le malade ne sera plus payé que « pendant 10 jours...

« Si donc le diagnostic de fièvre typhoïde a été inexact, voici un marin « qui pourra pendant trois mois vivre largement aux frais de son em- « ployeur ; si, au contraire, le prétendu embarras gastrique simple était « une fièvre typhoïde au début, qui a évolué ensuite, le malade, au bout « de 10 jours, alors que, précisément, il aura le plus besoin de soins médi- « caux, se trouvera subitement privé de son salaire et de son indemnité...

« Au surplus, tous les médecins ont observé de ces affections qui, « débutant dramatiquement, tournent tout à coup : ou, au contraire, de « ces maladies qui, avec un aspect bénin au début, s'aggravent progressive- « ment et durent de longues semaines ou de longs mois... »

En réalisant pour l'assujetti à l'assurance maladie les conditions de la clientèle ordinaire, l'assurance sociale redeviendrait ce qu'elle ne devrait pas cesser d'être : un contrat à deux entre l'assuré et la caisse, celle-ci indemnisant celui-là d'après les constatations médicales. De ce fait le contrôle immédiat des caisses ne s'exercerait pas sur le médecin, ni sur ses actes, mais, comme il est logique, sur l'assuré : l'exercice médical serait libre et le médecin subirait le seul contrôle technique des Syndicats.

Cette idée, ainsi exprimée, représente, je le crois aujourd'hui, aussi bien que possible, l'opinion du corps médical français.

M. Desoblin, à la Chambre des députés, opposait à la thèse soutenue par *M. Blaisol* (l'entente directe) celle qu'il a défendue depuis longtemps et exposée dans des journaux corporatifs, ainsi que devant les syndicats, celle du 1 /3 payant.

« Je vous prie de croire, disait-il, qu'il y a déjà longtemps que dans « nos syndicats, nous considérons que les honoraires des médecins ne doi- « vent pas être payés par les assurés. »

M. le Président de la Commission répondait laconiquement à l'orateur communiste : « Mes déclarations vous donnent satisfaction sur le paiement « direct. » *M. Antonelli,* rapporteur, disait à son tour : « Quoi qu'il en soit, nous vous disons que vous avez satisfaction. »

Or, au Sénat, le rapporteur déclarait que l'entente directe est réalisable tout entière dans le projet, que rien ne l'interdit.

« Qu'avons-nous réalisé, disait-il ? Le libre choix ? Il est inscrit dans « la loi aussi large que possible : l'assuré pourra consulter tous les mé- « decins syndiqués, mais aussi tous les médecins non syndiqués. Nous « n'interdisons pas le tiers payant, nous ne le repoussons pas, nous ne le re- « commandons pas, nous laissons la liberté aux intéressés, on nous avait « demandé des conventions libres entre les syndicats et les caisses : elles « sont absolument libres. Les tarifs vont être librement discutés entre les « syndicats et les caisses. Quant au secret médical je voudrais bien « que l'on me montrât dans la loi la moindre mesure prise pour le violer. »

Rien de précis sur ce point. Mais le corps médical avait-il donné jusqu'à ce jour l'impression d'un front unique ?

***

Avant tout, l'entente doit se faire dans les rangs du corps médical. Longtemps elle fut impossible. Des thèses violentes s'opposaient, se heurtaient.

A force de se voir,de causer, de bien peser le pour et le contre de chaque thèse, un rapprochement heureux s'est fait. Il semble bien qu'aujourd'hui l'unité de représentation du corps médical devant la loi d'assurances sociales soit faite. Les échanges de lettres violentes entre l'Union des Syndicats et la Fédération nationale sont oubliés.

La loi sur les assurances sociales votée, une commission mixte a été nommée et elle a travaillé. Le *Médecin syndicaliste,* organe bi-mensuel de l'Union des syndicats médicaux de France, a pu écrire (nº d'octobre 1928)

L'année 1928 restera pour nous marquée par deux faits d'une importance primordiale :

1º Le vote de la loi ;

2º La reconstitution de l'unité de représentation du syndicalisme médical.

Peut-être y a-t-il, entre ces deux faits, une corrélation. Peut-être les médecins, en réalisant l'imminence du danger, ont-ils su imposer silence

à leurs querelles et faire taire les discussions passionnées qui, depuis trois ans, les maintenaient divisés.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons saluer avec joie le but enfin atteint, c'est-à-dire la reconstitution d'un groupement central *unique* des Syndicats médicaux français.

Ce but, nous n'y sommes pas arrivés sans difficulté.

L'unification des aspirations des deux groupements centraux a été faite ; des sacrifices ont été consentis par l'un et par l'autre. Le mot d'ordre est désormais d'éviter les commentaires qui ne pourraient que raviver les blessures. Et le journal corporatif conclut :

« Nous avons été amenés, pour notre part, à considérer la défense des décisions du Congrès en matière d'assurances sociales, comme le domaine de la seule Commission mixte. Nous lui avons laissé, sur ce terrain, toutes les initiatives et toutes les responsabilités. Nous avons poussé très loin la discrétion à ce point de vue. Toutes les fois que nous avons été sollicités de donner l'avis de notre Groupement sur cette question, nous avons renvoyé nos correspondants ou interlocuteurs à la Commission mixte, sans même rechercher si, de son côté, la Fédération Nationale en usait de même.

« Attitude peu courageuse, diront certains : attitude nécessaire, répondrons-nous, parfois très pénible à garder, sans éclat et sans gloire, mais qui a atteint ses fins.

« Pendant tout le cours de l'année, tant dans le *Médecin Syndicaliste* que dans les différents documents adressés aux Syndicats, nous nous sommes abstenus de faire la moindre allusion aux questions qui ont si profondément divisé le corps médical et pas une seule fois, on n'a retrouvé sous notre plume les mots d' « entente directe » ou de « tiers payant » qui suffisaient naguère à déchaîner les orages.

« Certains militants et certains syndicats nous ont adressé au cours — et surtout au début — de l'année des communications documentaires extrêmement intéressantes, mais dont la parution dans les colonnes du *Médecin Syndicaliste* risquait de raviver les polémiques. »

Les réserves précédentes donnent-elles à craindre que, à l'heure où nous sommes, il y ait lieu de redouter qu'une lame de fond ne vienne emporter tout ce bel édifice ? Non. Je ne le crois pas. J'ai vu la semaine dernière *M. Cibrie*. Le corps médical tient bon et peut-être pourra-t-on trouver un accord.

Je ne rappellerai pas ici l'émoi qui s'empara du corps médical lorsque fut connue certaine déclaration de *M. Loucheur*, déclaration qui sonnait comme une déclaration de guerre. *M. Loucheur* dut d'ailleurs écrire plus tard à *M. de Monzie* qu'il avait été mal compris.

Le 30 novembre 1927, le Congrès général des Syndicats médicaux de France, groupant pour la première fois, Union, Fédération et Syndicats spécialisés, adoptait à l'écrasante majorité de 16.033 voix contre 679 et 823 abstentions, la revendication suivante :

« Paiement direct par l'assuré en prenant pour base minima les tarifs « syndicaux, étant bien entendu, stipulait le commentaire du Dr *Cibrie*,

« que « ce texte exclut tout tarif contractuel : les tarifs pourront être « inscrits dans les contrats à titre indicatif , ils ne devront pas être discutés « avec les caisses. »

Cependant la Chambre, pressée, ne vota aucune modification du texte du Sénat. Le Président de la Commission fit néanmoins la déclaration suivante :

« Sur un seul point le corps médical n'a pas satisfaction complète : « le système du « paiement direct » n'est pas obligatoire, il est facultatif. « Cette question ne pourra être réglée, conformément aux vœux qui ont « été exprimés, que sous la prochaine législature dans un texte rectifi- « catif. »

***

On a beaucoup parlé du chèque du Dr *Cibrie*. Il expose son idée en ces termes :

« La caisse vend à son associé, moyennant 15 % de sa valeur, un « carnet de bons-chèques comprenant des coupures diverses, par exemple « 5, 10 et 20 francs, chaque caisse restant maîtresse d'établir comme elle « veut le chiffre des bons-chèques.

« Soit un chéquier de 100 francs, vendu par la caisse à son associé, « dès l'inscription de celui-ci : 15 francs.

« L'assuré va voir son médecin dont il connaît bien le chiffre d'hono- « raires habituels, ou tel autre médecin qui, pour des raisons diverses, « réclame des honoraires plus élevés. Au lieu de régler les honoraires, quels « qu'ils soient, de l'un ou de l'autre praticien, avec des billets de la Banque « de France, notre assuré tire son carnet de bons-chèques et détache en « une ou plusieurs coupures le chiffre voulu. Au talon, le médecin date, « appose son timbre humide : c'est tout. Lorsqu'il aura un certain nombre « de bons-chèques, il les timbrera au dos et les déposera à sa banque qui les « touchera à la caisse comme un chèque quelconque. Pour le médecin, « donc, paiement direct à son tarif habituel, sans la moindre paperasserie. »

C'est une idée intéressante et qu'il ne faut pas repousser d'emblée, je préfère cependant le versement de l'indemnité journalière.

Le 17 novembre dernier *M. Balthazar* s'élevait à nouveau contre la loi. Il voyait le remède au problème dans la responsabilité du bénéficiaire, c'est-à-dire un découvert laissant à la charge de celui-ci, une partie des frais, d'une part, et dans le contrôle du praticien par ses pairs, d'autre part, c'est-à-dire par les syndicats professionnels médicaux.

Le règlement d'administration publique vient de paraître. Les déclarations de *M. Loucheur* à la tribune de la Chambre, en réponse à *M. Durafour*, permettaient de conclure que les divers groupements intéressés *seront consultés*. Comment le sont-ils ? *M. Cibrie* a reçu communication du texte mardi dernier. La dernière date pour cette consultation a été fixée au 4 février.

Pouvait-on faire mieux ? Certes oui. A-t-on voulu trop faire ? Peut-être. A mon avis, il eût été préférable de procéder par étapes en limitant à chaque échelon le champ d'action. On aurait ainsi peu à peu éduqué le

public et introduit dans la masse des travailleurs l'acceptation du principe de solidarité qui se heurte encore à de nombreuses hostilités.

Résumant les phases de la discussion, le *Médecin Syndicaliste* déclare comme conclusion :

« Nous réservons aussi, en ce qui concerne l'Union des Syndicats médicaux, tous les droits du syndicalisme médical. Nous déclarons que, quels que soient les résultats acquis après les travaux de la Commission, et tout en souhaitant que le travail ainsi effectué ait donné d'excellents résultats, les Syndicats ne se considèreront comme consultés et engagés que lorsqu'un projet aura été rendu public et soumis, par leurs représentants à l'approbation des Syndicats médicaux. »

Tout le monde est d'accord pour constater que le texte de la loi n'est pas toujours très clair ; il est au contraire souvent ambigu. Il serait trop long de reprendre devant vous les articles à remettre au point. Il existe un « Guide Rose » des assurances sociales qui consacre à ce travail 20 à 25 pages de modifications et de commentaires. Il y en a trop et je lasserais votre patience.

***

Déjà d'ailleurs la Chambre est saisie d'une proposition de modification présentée par *M. Denais* et un certain nombre de ses collègues. Cette proposition demande la modification d'une foule d'articles visant plus spécialement les agriculteurs.

D'autre part, *MM. Schmitd, Aubaud* et moi-même nous avons déposé une nouvelle proposition dans laquelle j'ai fait insérer un article qui permettra au corps médical d'apporter ses amendements.

MM. Queuille, Jaubert et *Delbos* avaient déposé une proposition visant les assurés facultatifs. Le Sénat l'a acceptée.

De nouvelles déclarations ont été faites à la tribune par *M. Loucheur* en réponse à *M. Durafour* et à *M. Antonelli.* Enfin une lettre de *M. Cibrie* a paru dans la presse. Vous la connaissez.

***

Quelle sera ma conclusion ?

Le corps médical syndiqué déclare qu'il refusera sa collaboration à une loi qui, bonne dans son essence, est viciée, à son avis, dans ses modalités d'application.

J'ai trouvé dans le *Bulletin quotidien de la Société d'études et d'informations économiques et sociales le* résumé suivant :

« C'est là une menace que le Gouvernement et le Parlement auraient « tort de tenir pour négligeable. L'éventualité d'une grève a été envisagée « à plusieurs reprises dans leurs réunions par les syndicats médicaux. « Et les exemples de grèves de médecins sont nombreux dans les pays où « est appliquée l'assurance-maladie. L'Allemagne a connu en 1924 une « grève générale des médecins des caisses d'assurance-maladie.

« Quand même ils n'iraient pas jusqu'à la grève, si la loi se heurtait

« à leur mauvaise volonté, et, qui pis est, à leur découragement et à leur « démoralisation, elle serait frappée de stérilité. Si la collaboration à la loi « de tous les intéressés est nécessaire, celle des médecins est peut-être la « plus précieuse.

« On ne saurait reprocher aux médecins de défendre leurs intérêts « pécuniaires. Ils ont le droit comme tout le monde à une juste rémunéra- « tion de leur travail. L'intérêt général commande d'autant plus de la leur « assurer que la santé publique dépend d'eux dans une large mesure, « qu'elle ne peut être préservée par un corps de médecins besogneux et « qu'on ne peut demander à tous d'être des apôtres.

« Il est nécessaire que les médecins aient non seulement une situation « matérielle convenable, mais encore une large indépendance sociale et « morale. Il ne faut pas de médecine au rabais, il ne faut pas non plus de « médecine en série, ni de médecine de caserne. Les médecins ne veulent « pas devenir des fonctionnaires de caisses d'assurance, ils entendent « garder avec les malades leurs relations normales, faites de liberté, d'inti- « mité et de confiance et les malades ont le même désir.

« Enfin, la loi des assurances sociales comporte un grave danger qu'a « mis en lumière la loi sur les accidents du travail : la fraude, la simulation, « les mœurs sportulaires, conséquences fatales de l'étatisme et de la « bureaucratie. La liberté et le paiement direct que demandent les méde- « cins seraient les meilleurs moyens de prévenir, ou du moins de restreindre « ces abus, peut-être inévitables, mais que favoriseraient encore l'interpo- « sition des caisses entre médecins et malades, et l'abaissement matériel « et moral des médecins. »

Le corps médical réclame, comme les agriculteurs, un rectificatif qui lui a été promis. Il a raison de réclamer ce rectificatif. Qu'il prenne exemple sur le monde agricole. Qu'il apporte un projet sur quelques points : paiement direct, libre choix, relations avec les caisses et il ne peut pas faire de doute que le Gouvernement se mettra d'accord avec lui. Notre proposition de loi lui donne l'occasion de le faire. Qu'il agisse vite puisqu'il en est temps encore. Il trouvera au Parlement des appuis, s'il sait prouver clairement ce qu'il veut. Il aura ainsi gagné une fois de plus le droit à la reconnaissance des travailleurs et des déshérités de la fortune et, ce qui est mieux encore, à la reconnaissance de la Nation.

(Voir la discussion, p. 160).

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU NORD DE LA FRANCE

L'Assemblée générale statutaire du *Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France,* a eu lieu à *Lille,* le dimanche 3 février, au « Carlton ».

De nombreux praticiens assistaient à cette importante réunion. Après lecture d'un rapport très documenté, par M. Joly, président du Syndicat, concernant les honoraires en matière d'assurances sociales et mutualités, l'Assemblée adopta un tarif base pour l'application de cette loi, décida le paiement direct des honoraires par les malades de préférence à tout contrat.

Le Bureau pour l'exercice 1929-1930 a été constitué comme suit :

Président : M. JOLY, de Calais ;

Vice-présidents : MM. LOHIER de Lille, BAUWERAERTS, de Lille ;

Secrétaire général : M. VAESKEN, de Dunkerque ;

Secrétaire-adjoint : M. EVEN, de Roubaix ;

Trésorier : M. FERTIN, de Lille, *Trésorier-adjoint;* M. VIGOT, d'Amiens ;

Conseillers : M. le Dr CAUMARTIN, d'Amiens, M. BIANCHI, de Lille, M. DRAIN, de Saint Quentin, M. VERSCHOOTE, de Béthune, M. MORELLI, de Bully-Grenay, M. VINCENT, de Lille, M. CREPON, d'Amiens.

A l'issue de l'Assemblée a eu lieu, dans les salons du « Carlton », un banquet sous la présidence de M. Maurice Vincent, membre du Conseil d'administration du Syndicat, chevalier de la Légion d'honneur, député du Nord. Nous avons remarqué parmi les notabilités :

M. VEUVEAUD, chef de Cabinet du préfet du Nord, représentant M. HUDELOT, empêché ; M. le professeur DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; M. le Dr CAUMARTIN, directeur de l'Enseignement dentaire à la Faculté de Lille ; M. le professeur VANVERTS, vice-président de la Confédération des syndicats médicaux de France ; M. CHARLET, représentant le Groupement Fédéral des Syndicats dentaires de France et des Syndicats des chirurgiens-dentistes de France ; M. H. VILLAIN, président de l'Association générale des Dentistes de France et représentant avec une délégation composée de MM. CROCÉ-SPINELLI, Dr SOLAS, L. VIAU, professeurs à l'E. D. P., le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de cette association ; M. BOULAND, secrétaire du Syndicat des Journaux dentaires, représentant son président, le Dr SIFFRE, M. L. JOLY, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France ; M. VERSCHOOTE, président de l'Union des dentistes de Réserve de la 1re région, M. le Président de la Section dentaire de l'Union des Etudiants de Lille.

En une charmante allocution, M. le député Maurice VINCENT clôtura la série des discours en rappelant les services rendus par les chirurgiens-dentistes pendant la guerre et leur rôle au point de vue social et écono-

mique. Il termina en levant son verre à la grande famille médicale et au Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France.

Le Secrétaire général, S. VAESKEN.

Fédération dentaire nationale. — L'assemblée générale annuelle de la F. D. N. aura lieu pendant la Semaine odontologique, le samedi 13 avril, à 5 heures de l'après-midi, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;
2° Procès-verbal ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Action de la F. D. N. sur les assurances sociales ;
6° Confédération des Sociétés et Syndicats dentaires français ;
7° VIIIe Congrès dentaire international ;
8° Sessions de la F. D. I. (1928, Cologne ; 1929, Utrecht) ;
9° Election du Comité exécutif ;
10° Propositions diverses.

Association générale syndicale des Dentistes de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale syndicale des dentistes de France aura lieu le dimanche 7 avril 1929, à 9 heures du matin, au siège de la Semaine odontologique, Grand-Palais, rue Jean-Goujon.

Le cinquantenaire de l'Association (1879-1929) sera célébré au cours du banquet de la Semaine odontologique fixé au jeudi 11 avril, à 19 heures 30, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales.

Ordre du jour :

1° Correspondance ;
2° Procès-verbal de l'assemblée générale du 25 mars 1928 ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Rapport de l'Administrateur-gérant du journal l'*Odontologie* ;
6° Rapport du président « L'apprentissage et son orientation » ;
7° Remise de médailles aux collaborateurs des dentistes ;
8° Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (8 membres pour Paris, 8 membres pour la province) ;
9° Questions et propositions diverses.

NOTA. — Le vote aura lieu à 10 *heures précises.*

Le Conseil d'Administration se réunira immédiatement après l'assemblée générale pour la constitution du Bureau, la nomination des Commissions et des délégués à la C. T. I.

MEMBRES SORTANTS

Paris	*Province*
1. BLATTER.	1. BENNEJEANT (Clermont-Ferrand).
2. CERNÉA.	2. BOUTARD (Angers).
3. DEBRAY.	3. DRAIN (Saint Quentin).
4. LALEMENT.	4. EUSTACHE (Tonnerre).
5. THIL.	5. FOUQUES (Tours).
6. VASSEROT.	6. JOLY (Calais).
7. VILLAIN G.	7. PONT (Lyon).
8. VILLAIN H.	8. PERDEREAU (Creil)

9. MIÉGEVILLE (ne se représente pas, proposé pour l'honorariat).

CANDIDATS NOUVEAUX

1. BRENOT. 2. BROCHIER.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous relevons dans le *Journal Officiel* du 3 février 1929, les nominations suivantes au grade de chevalier de la Légion d'honneur au titre étranger : MM. Heidé (Raoul-Louis), sujet norvégien et Kenneth Logan, sujet anglais, chirurgiens-dentistes, membres de l'A. G. S. D. F.

Nous leur adressons nos félicitations.

Association générale des dentistes de Belgique. — En sa séance du 18 février, le Conseil d'Administration de l'A. G. D. B. a procédé à sa réélection et sera composé dorénavant comme suit :

M. JOACHIM, *président*; M. QUARTERMAN et M. ROSENTHAL, *vice-présidents* ; M. THIELEN, *secrétaire général* ; M. SCHNEIDER, *trésorier* ; M. MOREL, *secrétaire adjoint* ; M. WATRY, *directeur de l'Ecole* ; M. POUTRAIN, *économe*.

Le secrétariat général se trouve de ce fait transféré, rue Royale-Sainte-Marie, 38, à Bruxelles.

Mariage. — Nous apprenons le mariage de Mlle Juliette Pacheco, fille de notre confrère M. Luiz de Gonzaga Pacheco, de Cayenne, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Victor Chebana, célébré le 31 janvier dernier.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.



Inauguration de l'Exposition de la
SEMAINE ODONTOLOGIQUE
Par M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie

49e ANNÉE. N° 4 30 AVRIL 1929 VOL LXVII

L'ODONTOLOGIE

LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

La Semaine Odontologique de cette année a été plus qu'un succès, elle a été un triomphe. C'est l'avis de tous, même de ceux qui, par dilettantisme, par nature ou dans un sombre but, sont nos détracteurs, nos adversaires. D'ailleurs ils sont venus en grand nombre, pour ne pas dire en totalité, visiter, pour ne pas dire apprécier notre œuvre, notre organisation. Nous les en remercions. Nous les avons remarqués avec plaisir circulant dans l'exposition, examinant les stands et même assistant dans la salle des Conférences aux multiples communications qui y ont été faites. Certains d'entre eux n'ont pu résister au louable devoir que leur dictait leur impartialité et sont venus au Secrétariat féliciter le Comité pour la parfaite réussite de cette admirable manifestation odontologique. Est-ce du courage ? Non, simplement de la bonne foi.

Nous avons noté avec une certaine joie cette démarche qui, peut-être, sera le prélude d'une ère nouvelle d'entente de cordialité professionnelle. Nos efforts et nos ardentes pensées se tendront sans cesse vers ce rêve. N'avons-nous toujours pas dit que la *Semaine Odontologique* n'était pas un parti, mais la profession tout entière et, plus on viendra à elle, plus elle ouvrira ses bras et plus les malentendus se dissiperont.

Tous les journaux, non seulement de la profession, mais de la grande Presse quotidienne, ont parlé de ce 39e Congrès en termes élogieux. Notre aimable confrère *Le Siècle Dentaire*, a résumé ces éloges en disant :

« Cette manifestation constitue tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel l'un des événements les plus importants de l'année dentaire française ».

Peut-on dire plus ? Peut-on dire mieux ?

A tous, le Comité d'organisation adresse ses plus vifs remercîments ; qu'ils veuillent bien trouver ici l'assurance de toute sa gratitude.

De partout ailleurs nous recevons de groupements ou de confrères des lettres chaleureuses de félicitations.

Il serait trop long de les citer toutes, mais je ne puis passer sous silence la belle lettre du confrère, délégué de la Suisse, qui les résume :

« En ma qualité de délégué officiel de la Société suisse d'Odontologie à la Semaine Odontologique, écrit-il, je viens vous exprimer toute ma re-

connaissance pour votre charmante réception et toute mon admiration pour le gros succès professionnel de cette manifestation. Je dirai à mes confrères suisses combien votre manifestation fut imposante et intéressante et je suis persuadé que l'année prochaine verra venir à la Semaine Odontologique de très nombreux dentistes de mon cher pays ».

Nous donnerons ultérieurement un compte rendu détaillé de tout ce qui a été fait et traité durant cette « Semaine ». Nous publierons *in extenso* les plus importantes conférences et donnerons de larges résumés de toutes les autres, de façon que ceux qui n'ont pas assisté à ce Congrès, puissent se rendre compte de l'importance des travaux scientifiques qui y ont été discutés et qui font honneur à leurs auteurs.

Disons seulement pour aujourd'hui que, durant cette *Semaine*, on a compté près de quarante conférences ou communications ; huit assemblées générales de divers groupements ; deux films projetés ; trois soirées artistiques ; deux visites, l'une aux remarquables laboratoires de l'Institut Pasteur, à Garches, l'autre aux importantes usines Citroën ; un banquet de trois cent vingt couverts ; un bal brillant et plein d'entrain où deux orchestres n'ont cessé de se faire entendre jusqu'à 6 heures du matin.

Voilà le bilan sommaire de la *Semaine Odontologique*, qui s'est déroulée du 7 au 14 avril dans la plus parfaite harmonie et à la satisfaction de tous.

La « Semaine » s'est terminée le dernier jour par l'Assemblée générale du Groupement fédéral, c'est-à-dire des délégués de presque tous les syndicats de chirurgiens-dentistes de France. Nous donnerons dans un prochain numéro, le compte rendu détaillé de cette assemblée. Notons pour aujourd'hui, avec grande joie, qu'à l'unanimité du Groupement, c'est-à-dire à l'unanimité de la profession, a été voté le vœu demandant avec instance le baccalauréat à la base des études dentaires. Nous tenons à souligner la valeur considérable de ce vœu et à adresser au Groupement fédéral nos vives félicitations. Nous reviendrons sur cette question dont l'importance capitale n'échappe à personne.

D'autres questions aussi intéressantes y ont été discutées avec ampleur, notamment celle des assurances sociales, qui fera l'objet d'une étude spéciale.

Enfin pour terminer est-il nécessaire de parler de l'Exposition ? Elle fut splendide et elle a fait l'admiration de tout le monde. Le ministre du Commerce et de l'Industrie et le Sous-Secrétaire d'Etat du Travail et de l'Hygiène nous ont fait l'honneur de venir la visiter. Ils furent émerveillés et s'arrêtèrent devant presque tous les stands. Nous développerons dans un prochain article toutes les nouveautés de chaque stand.

Quelques minutes avant la clôture du Congrès par la voix puissante du Haut-parleur, le Comité a adressé aux exposants, les paroles suivantes :

Mesdames, Messieurs,

« Dans quelques minutes la « Semaine Odontologique » sera close. Avant de clôturer cette belle manifestation, le Comité adresse ses vifs remerciments à tous les exposants pour leur précieux concours et pour l'admirable effort qu'ils ont accompli dans l'intérêt national et dans celui de la profession. Il espère qu'ils partent tous satisfaits. Il leur dit encore une fois merci, ainsi qu'aux nombreux visiteurs qui ont contribué à rehausser l'éclat et le succès de la grande famille dentaire. Il leur donne rendez-vous à l'année prochaine. Mesdames et Messieurs au revoir ».

Une salve d'applaudissements a accueilli ces paroles et c'était justice.

Pour le Comité d'organisation,
F. Haloua.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESQUISSE DU TRAITEMENT ACTUEL DE LA SYPHILIS

Par le Dr Clément Simon,

Médecin de Saint-Lazare.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mars 1929).

616.002.6.

Quelques-uns d'entre vous se souviennent peut-être qu'il y a deux ans, je vous ai fait ici une petite conférence pour vous indiquer quelles sont les maladies les plus fréquentes que vous êtes appelés à rencontrer dans la bouche, et j'ai insisté plus particulièrement sur les lésions syphilitiques.

Votre Président a pensé qu'il serait peut-être intéressant pour vous de savoir comment on soigne ces lésions syphilitiques. Je n'ai pas l'intention de vous faire un cours complet de syphilis, mais j'ai l'intention de brosser devant vous une sorte de fresque rapide dans laquelle je ferai dérouler les différentes phases du traitement de la syphilis.

Je n'ai pas la prétention de résumer ici toute les doctrines qui sont en présence pour ce traitement ; l'unanimité n'est pas faite ; mais, en prenant des exemples cliniques, je pourrai vous donner une idée de ce que l'on fait en général chez nous.

D'abord, je passe en revue les médicaments que l'on oppose à la syphilis : le mercure, le bismuth et l'arsenic. Je passe sous silence l'iodure de potassium qui agit surtout combiné avec le mercure.

Le mercure s'emploie soit en frictions mercurielles, soit par ingestion sous forme de pilules, sirops ou solutions, ou en injections ; ces injections sont intra-musculaires ou intra-veineuses. Actuellement les frictions sont encores employées en médecine infantile ; le traitement par la bouche par le mercure, est un peu délaissé ; on ne l'emploie que dans la période tardive de la syphilis ; dans les traitements du début il est relégué au second plan.

Il n'en est peut-être pas de même des injections. Beaucoup de syphiligraphes sont restés fidèles aux injections d'huile grise et de calomel ; ces dernières sont douloureuses ; le traitement le plus

actif quand il s'agit de mercure consiste à faire des injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose de un centigramme par jour ou tous les deux jours.

Voilà ce que l'on peut faire avec le mercure. Je passe sous silence les suppositoires mercuriels qui ont une efficacité beaucoup moindre.

A côté du mercure, le bismuth a pris une place prépondérante. Je ne vous ferai pas l'historique du bismuth ; je rappellerai seulement que son action a été pour ainsi dire prévue par Balzer, à l'hôpital St-Louis ; il avait abandonné ses premières expériences parce que les chiens sur lesquels il avait opéré avaient présenté des accidents toxiques. Ses études avaient été reprises par deux savants de l'Institut Pasteur, Robert et Sauton, et ensuite par Sazerac et Levaditi, qui ont mis au point cette médication dans laquelle on peut avoir la plus grande confiance pour l'avenir. Cette médication n'est pas toxique. Le bismuth peut s'employer en injections intraveineuses et intra-musculaires. Le bismuth ingéré ne s'absorbe pas. Quand il est injecté dans les veines ou les muscles, il s'absorbe et devient une médication très active contre la syphilis.

Ce sont les injections intra-musculaires qui tiennent le premier rang. On peut injecter le bismuth sous forme de métal ou de sels divers, sous forme de solutions dans l'eau ou de suspensions dans l'huile.

On peut employer aussi non plus des suspensions dans l'huile, mais des solutions dans l'huile ; c'est là un grand progrès, car lorsqu'on injecte des suspensions dans l'huile voici ce qui se passe : les particules de métal restent dans les muscles et mettent très longtemps à en être éliminées ; on peut en avoir la preuve en faisant des radiographies. Egalement quand on suit l'élimination du bismuth par l'analyse des urines, on retrouve encore du bismuth deux mois après la dernière injection. Il peut donc donner lieu à des inconvénients. Au contraire quand on emploie des solutions dans l'huile, on obtient des préparations qui tiennent l'intermédiaire entre ces suspensions et les solutions dans l'eau qui, elles, ont une élimination trop rapide.

A côté du bismuth, se trouve l'arsenic, qui est certainement le plus actif des médicaments contre la syphilis, mais qui est une arme à double tranchant. L'arsenic n'agit guère dans la syphilis que sous forme d'arseno-benzène. C'est à Erlich qu'on doit la découverte

de la forme arsenicale thérapeutique dont il a doté la science médicale sous le nom de 606 ; je ne vous en donnerai pas ici la formule chimique ; c'est un arséno-benzène qui, dans le début, était assez difficile à préparer parce que cette préparation devait être faite extemporanément au moment de l'injection. J'ajoute qu'avant la guerre une statistique allemande donnait déjà 200 cas de mort par son emploi, et tous n'étaient pas publiés.

Quelque temps après, Erlich, à la place du 606, donna une autre préparation, le 914. Celle-ci était plus facile et moins sujette à des décompositions ; le 914 est maintenant universellement employé : c'est le traitement d'attaque de la syphilis.

L'arsenic peut être employé en injections intra-veineuses, mais aussi intra-musculaires en lui faisant subir certains changements, par exemple le sulfarsénol est moins agressif pour les muscles que le 914.

On peut employer aussi les arséno-benzènes sous forme de produits qui peuvent s'absorber par la bouche. Reprenant les expériences de Erlich, Fourneau avec Levaditi, L. Lecoq et moi même, nous avons recherché un médicament qui pût être absorbé par la bouche. Nous sommes arrivés à une préparation qui est un peu différente du 606 et du 914, et qui est plus efficace : ce sont les acides phénylarsiniques dont il existe deux dérivés : le stovarsol et le tréparsol. Ces deux médicaments employés par la bouche ont une action certaine contre la syphilis.



Etant en possession de cet arsenal thérapeutique, comment pouvons-nous l'employer ?

Il est logique, avant de savoir comment on va soigner la syphilis, de se demander comment on peut l'éviter. Il y a le traitement prophylactique avant le traitement curatif. Vous avez entendu parler des expériences de Metchnikoff sur les singes. Il badigeonna une surface d'inoculation avec une pommade de calomel au tiers, et il constata que, sur les singes ainsi traités, la syphilis ne se développa pas, tandis qu'elle se développa chez des singes témoins. Il pensa donc qu'on pouvait se mettre à l'abri de la syphilis avec de la pommade au calomel. Malheureusement, il y a beaucoup de cas déjà publiés dans lesquels cette médication, pourtant bien appliquée,

n'a pas empêché la syphilis d'évoluer. En tout cas, on peut la recommander et, si elle ne met pas à l'abri d'une façon absolue de la syphilis, elle peut avoir son utilité.

Peut-on aussi, une fois la syphilis contractée, empêcher qu'elle ne se développe ?

Voici un homme qui a eu des relations avec une femme syphilitique ; il apprend, quelques jours après seulement, que cette femme est syphilitique ; peut-on, lorsqu'il vient vous demander conseil, lui donner un médicament qui tuera les tréponèmes avant qu'ils aient envahi l'organisme ?

Cette question est intéressante ; elle a été étudiée par deux de mes confrères, Lacapère et Abrami.

Voici ce qui s'était passé dans le cas d'Abrami. C'était sur le Bosphore pendant la guerre ; trois officiers avaient eu des relations, le même jour, avec la même femme et, ayant appris que celle-ci était contaminée, ils allèrent demander conseil à Abrami, qui eut l'idée de faire un traitement préventif. Il fit à deux des officiers des injections de 914 ; le troisième refusa de se laisser faire. Or, celui qui avait refusé de se laisser soigner eut la syphilis et les deux autres en furent exempts.

La question a été reprise chez le lapin par Louis Fournier et Guénot et ils ont obtenu des résultats encourageants.

Mais dans les choses humaines et surtout médicales, l'absolu n'existe pas et nous avons vu des cas dans lesquels un traitement analogue n'a pas empêché la syphilis d'évoluer.

Dernièrement, mon confrère Marcel Pinard nous a rapporté un cas intéressant. Il s'agissait d'un malade qui avait des crises épileptiques, pour lesquelles il avait été mis au traitement bismuthique, et alors qu'il était soumis à des injections de bismuth, il eut des relations avec une femme syphilitique et contracta un chancre.

A la même séance, je rapportai deux cas, l'un de mon ami Fernet, l'autre de moi-même. Dans celui de Fernet, il s'agissait d'une femme qui s'était exposée à une contagion syphilitique et avait pris du stovarsol pour empêcher l'évolution. Or, six mois après, elle vit se développer une maladie de la moelle due à la syphilis. Dans mon cas, c'était une femme qui avait eu des rapports avec son mari qui présentait un chancre. La femme prit du tréparsol, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir, trois mois après, une réaction de Wassermann po-

sitive. Chose remarquable, ces deux femmes n'avaient pas présenté de chancre.

Je crois donc qu'il faut être prudent dans ces traitements préventifs ; peut-être vaut-il mieux laisser évoluer les choses et commencer le traitement de la syphilis dès que le chancre s'est déclaré.

Voici maintenant un malade qui a contracté un chancre et vient consulter le médecin. Vous êtes exposés à voir ces accidents primaires dans la bouche, aux lèvres, à l'amygdale ; c'est votre rôle d'indiquer aux patients ce dont ils sont atteints et de leur rendre ainsi un grand service.

Voici donc un malade qui a un chancre ; il faut distinguer deux cas : ou bien les réactions sérologiques sont déjà constatables, ou elles ne le sont pas encore.

En effet, lorsque la syphilis évolue, elle commence toujours par un chancre. Ce n'est qu'au bout de 15 jours, que la réaction de Wassermann devient positive. Cette période est dite pré-sérologique.

Donc, on doit séparer à ce point de vue deux cas : dans le premier, le traitement est pris à la période pré-sérologique ; dans le second, à la période sérologique, alors que la réaction de Wassermann est déjà visible.

Examinons d'abord le premier cas.

On attaque la maladie avec des injections intra-veineuses de 914, en commençant par les faibles doses, et on va progressivement en suivant la sensibilité des malades. On ne dépasse généralement pas 90 centigrammes en France, chez les hommes. Chez les femmes on ne dépasse guère 75 centigrammes. Nous sommes certainement les plus audacieux dans le monde pour le traitement de la syphilis ; en Allemagne, en effet, qui est pourtant la patrie du 606, on ne dépasse guère 60 centigrammes chez les hommes et 45 chez les femmes.

Au bout de deux mois, on fait reposer le patient pendant un mois et on recommence de la même façon une autre série, tout en faisant entre chacune des séries une réaction de Wassermann qui est généralement négative. Après ces deux séries de 914 et ces deux repos d'un mois, on fait deux séries de bismuth avec repos d'un mois ; ce qui fait un an de traitement. On prie ensuite le malade de venir se présenter au Cabinet du médecin pendant un an, une fois tous les deux mois, pour voir s'il n'a pas de manifestations secondaires et si les réactions restent négatives.

Si le malade reste un an sans manifestations cliniques et sans

manifestations sérologiques, on lui fait une ponction lombaire, c'est-à-dire qu'on lui retire quelques centicubes de liquide céphalo-rachidien pour l'examiner. Si cet examen est normal, le malade est considéré comme guéri.

Si, au contraire, le malade a été pris à la période sérologique, qui commence en général quinze jours après le début du chancre, tout change. Au lieu d'un an de traitement, on s'accorde qu'il faut lui donner trois ans de traitement. Vous voyez tout l'intérêt qu'il y a à commencer le traitement tôt

On fait une première série de deux mois de 914, puis une réaction de Wassermann ; quel qu'en soit le résultat, on fait une deuxième série de 914 et une réaction de Wassermann ; si celle-ci est négative on met le malade au bismuth en lui faisant entre chaque série de bismuth des réactions de Wassermann. On reprend l'arsenic si la réaction est positive ; le bismuth si la réaction est négative. Les séries de traitement sont séparées par un repos d'un mois la première année, de deux mois la deuxième année et de trois mois la troisième année. Au bout de trois ans, on laisse le malade en observation pendant un an en lui faisant tous les deux mois un examen clinique et un examen sérologique. Au bout de quatre ans, à partir du début de la maladie, on fait une ponction lombaire et, si elle est bonne, on considère le malade comme guéri.

Voilà en gros comment on conduit le traitement de la syphilis. Mais ce n'est là que la théorie ; la pratique peut faire changer souvent le traitement et en premier lieu parce que les malades ne supportent pas les médicaments. Il arrive qu'un malade qui a bien supporté une première série de 914 ne peut supporter la deuxième série ; dans ce cas, il ne faut pas s'acharner et passer au bismuth. Il faut savoir passer à l'un ou l'autre médicament.

Mais à côté de ces sensibilités à des médicaments, qui se traduisent, comme vous le savez, souvent par de la stomatite, à côté de ces malades qui sont sensibles à tel médicament, il y a aussi des syphilis qui sont résistantes à tel médicament ; il faut dans ces cas-là se laisser guider par les circonstances.

A côté de ce traitement de la syphilis qu'on pourrait appeler dermatologique, il y a les syphilis viscérales pour lesquelles les médecins de médecine générale sont appelés aussi souvent que les syphiligraphes.

Supposez un malade qui a eu la syphilis dix ou vingt ans aupa-

ravant et qui va consulter son médecin : que faut-il faire ? Le cas est souvent embarrassant. Voici comment on peut le résoudre : Si le malade est bien portant, si on ne relève chez lui aucune tare, aucun mauvais fonctionnement des organes, si l'examen du sang est bon on s'accorde à le laisser sans traitement sous bénéfice d'une surveillance. Si avec une bonne santé apparente il a une réaction de Wassermann, positive, il faut s'efforcer de la rendre négative. Contre une réaction de Wassermann positive, il arrive qu'il faille des mois et des années ; il faut alors savoir varier les médicaments pour arriver à cet idéal de rendre une réaction négative.

Dans d'autres cas, le malade a une lésion du cœur, du foie, des reins ; que faut-il faire ? Ici, les avis sont partagés et l'on peut dire que les médecins se divisent en deux camps : d'un côté les syphiligraphes purs ; de l'autre les médecins de médecine générale.

Tandis que les syphiligraphes restent pour les doses fortes pour arriver progressivement à 90 centigrammes et même 1 gr. 20 de 914, les autres, dont le champion était Sicard, sont pour les doses faibles. Et de même que vous ne traitez pas tous les malades pour la même lésion avec les mêmes procédés, il faut savoir varier les doses de médicaments suivant la sensibilité plus ou moins grande des patients.

Je dois vous dire un mot d'une complication grave de la syphilis, la paralysie générale. Récemment encore, on peut dire que le traitement de la paralysie générale était pour ainsi dire nul. Après avoir tout essayé contre cette maladie, on était un peu découragé lorsque Wagner-Jauregg, de Vienne, eut l'idée de traiter ses malades en leur inoculant la fièvre paludéenne. J'ai moi-même, suivant ses indications, soigné des malades atteints de paralysie générale et je dois dire que c'est peut-être la seule médication efficace que nous ayons contre cette terrible maladie. Je suis, pour ma part, décidé, quand j'aurai un malade de ce genre, à le traiter de cette façon. Il y a une mortalité d'environ 5 à 10 % ; mais les résultats sont assez bons pour traiter une maladie fatale contre laquelle il n'y a pas d'autre remède.

Dernièrement, on est allé plus loin et à Vienne il est à la mode d'inoculer la malaria dès les premières périodes de la syphilis. Je crois que c'est aller un peu loin.

Voici en gros ce que l'on pense du traitement de la syphilis ; mais l'opinion n'est pas unanime. Je vous ai dit tout à l'heure qu'au

bout d'un an ou de trois ans, on considérait le malade comme guéri après le traitement que je vous ai indiqué ; mais beaucoup de médecins pensent qu'il est plus prudent, étant donné les récidives éloignées de la syphilis, de faire tous les ans un examen complet du malade et lui faire, quel qu'en soit le résultat, une série de traitement ; cela ne l'engage pas à grand'chose et c'est une assurance pour l'avenir. Je crois que c'est une bonne pratique et je la suis dans ma clientèle.

A côté de la syphilis acquise, il faut songer à la syphilis héréditaire ; elle est très fréquente et c'est pour ainsi dire le plus grand danger de la syphilis. Ce qui domine le traitement de la syphilis héréditaire, c'est la question du mariage des syphilitiques.

Quand et dans quelles conditions doit-on laisser se marier un ou une syphilitique ?

Il y a quelques années, la Société de dermatologie et de syphiligraphie nomma une Commission, dont je fus le rapporteur, pour étudier cette question. Je vais vous donner un aperçu de nos conclusions : Nous avons pensé qu'on pouvait permettre le mariage des syphilitiques lorsque ces malades avaient subi le traitement dont je vous ai parlé tout à l'heure, c'est-à-dire trois ans de traitement et une année de surveillance. Sachez que les syphilitiques peuvent se marier lorsqu'on peut déclarer qu'ils sont guéris tout au moins cliniquement, et cela arrive assez souvent. Cependant je crois que tous les enfants des syphilitiques ou plutôt que toute femme de syphilitique et toute femme syphilitique qui devient enceinte doit être soignée ; je crois que c'est une bonne précaution et qu'on évite ainsi une catastrophe.

Mais supposez que la grossesse soit arrivée et que l'enfant soit né ; ou bien l'enfant est sain ; le sang examiné a une réaction négative ; ou bien son père seul est syphilitique ; ou bien sa mère seule a été syphilitique.

Si le père seul a été syphilitique et est considéré comme guéri, on peut se passer de traiter l'enfant. Si au contraire, à mon sens, c'est la femme qui est syphilitique, quel que soit l'état de l'enfant, il faut le soigner pendant deux ou trois ans par frictions mercurielles, bismuth ou arsenic ; les procédés sont nombreux et on arrive à de bons résultats.

Mais la syphilis peut se déclarer sous une forme plus évidente. Ce qui fait le plus grave danger de la syphilis héréditaire, ce n'est

pas celle qui se déclare tout de suite, mais celle qui se déclare 10, 20 ou 30 ans après la naissance. Il faut appliquer le même traitement que pour la syphilis acquise et que je vous ai indiqué tout à l'heure.

A côté de ce traitement, qui est le traitement curatif de la syphilis, il en est un autre dont je dois vous dire un mot, qui est peut-être aussi important et même plus important au point de vue social : c'est la façon d'éviter de contracter la syphilis. Ce qu'il faut faire ou plutôt ce qu'il faut tendre à faire, c'est de supprimer la contagion. Comment s'y prendre ? En diminuant le nombre des syphilitiques, évidemment. Comment le diminuer ? Il faut que la syphilis ne soit pas considérée comme une maladie honteuse dont on ne parle pas ; il faut que l'éducation des jeunes gens soit faite ; que les jeunes gens et jeunes filles sachent ce qu'est la syphilis ; on peut leur montrer des films, leur faire des conférences, des pièces de théâtre. Avec du tact, on peut mettre toutes les personnes au courant de cette terrible maladie.

Mais il ne faut pas croire que les beaux discours seront suffisants. La nature parle plus haut que les meilleurs orateurs. Je dois vous dire que si l'éducation suffisait pour éviter la contagion syphilitique, on devrait trouver moins de syphilitiques chez les étudiants en médecine et les médecins, ce qui serait le contraire de la vérité. Mais ce qu'ils savent, c'est ce dont ils sont atteints et ils n'attendent pas des mois et des semaines pour se soigner.

Tout à l'heure je vous ai dit : un an de traitement ou trois ans ; vous voyez la différence ; si l'on sait ne pas négliger les premières atteintes de la syphilis, on sera guéri plus vite et on sera moins longtemps contagieux ; on exposera moins souvent les autres à la contagion ; de cette façon, la syphilis pourra se restreindre. Donc première chose, l'éducation la plus répandue possible au point de vue de la syphilis.

Deuxième point, la question de la prostitution ; c'est une question extrêmement complexe ; cela nous entraînerait beaucoup trop loin que d'essayer de la vider devant vous. Il y a deux grandes théories sur la prostitution : la théorie réglementariste et la théorie anti-réglementariste. Dans la première, les femmes prostituées sont examinées tous les huit jours ou tous les quinze jours, suivant qu'elles sont ou ne sont pas syphilitiques, et si elles sont reconnues malades, elles sont envoyées à St-Lazare, à Paris. On les y soigne

jusqu'à ce qu'elles ne soient plus contagieuses, puis on les laisse en liberté, les priant de se faire soigner d'une façon active et continue dans un dispensaire. Théoriquement, ces prescriptions sont excellentes, mais pratiquement elles ne sont pas appliquées. Pour Paris, qui est une ville de plus de 3 millions d'habitants, il n'y a à peu près que 6.000 prostituées en cartes qui doivent subir la visite. Mais c'est la prostitution clandestine, celle qui échappe à la surveillance, qui est la plus dangereuse. A l'étranger, surtout dans les pays du Nord, la réglementation n'existe pas ; les femmes font ce que bon leur semble. Mais il existe dans certains pays le traitement obligatoire, qui paraît bien difficile à imposer chez nous.

Il faut arriver à ce que les malades se soignent et le meilleur moyen est de multiplier les dispensaires et de donner la possibilité aux malades de se soigner avec le moins de dépenses et de dérangement possible. En France, sous l'impulsion d'un ministre éclairé, M. Justin Godart, et grâce à des fonctionnaires dévoués, de nombreux dispensaires ont été installés à Paris et en province et rendent de grands services. D'autres dispensaires ont été créés par les œuvres privées comme l'Institut Prophylactique et la Ligue contre le péril vénérien. Le jour où l'on pourra soigner tous les syphilitiques très rapidement et éteindre les accidents contagieux en quelques jours, on comprend facilement que, la surface infectée étant moins grande, le nombre des syphilitiques diminuera. En Belgique, on a cru atteindre ce but, mais on a exagéré, je crois. En France, on commençait à espérer, lorsque depuis un an la syphilis a augmenté de nouveau. Il y a là des facteurs qui nous échappent ; peut-être y a-t-il une importation de syphilis par les travailleurs étrangers : en France nous avons énormément de travailleurs de Pologne, d'Allemagne, de Tchéco-Slovaquie, de Russie, d'Algérie ; on ne peut pas faire passer d'examen médical sexuel à ces ouvriers, surtout aux femmes, et je crois que beaucoup de syphilis viennent par là. Ces gens-là contaminent les basses classes d'abord, puis cela atteint petit à petit les autres classes de la société.

J'ai fini ; je vous remercie de votre bienveillante attention et je remercie en particulier mon ami Bonnet-Roy qui m'a permis de prendre aujourd'hui la parole devant vous.

PROPHYLAXIE ET PHASES ÉVOLUTIVES DES IRRÉGULARITÉS DES MACHOIRES

Par le Dr Pierre ROBIN

Médecin stomatologiste des Hôpitaux de Paris,

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mars 1929).

616.716.8.

Quand on étudie la répétition ontogénique de l'évolution phylogénique des mâchoires et qu'on applique à cette étude la loi de Müller Haeckel, il devient possible de jeter quelque lumière dans la solution du problème si difficile de l'évolution des irrégularités des mâchoires et des anomalies tératologiques.

Je ne veux pas, ici, traiter cette immense question dans tout son ensemble, ce serait dépasser les limites que comporte une communication, cependant je voudrais vous montrer comment un peu de clarté peut être apportée dans la compréhension de l'orthodontie qui, jusqu'ici, a trop été traitée exclusivement du point de vue statique. Les auteurs actuels, suivant les traces de leurs devanciers, explorent avec une activité des plus louables, les différentes irrégularités de position des dents sur les arcades dentaires, en les divisant et en les classant. Ils s'efforcent également par les moyens mécaniques les plus ingénieux, produisant des efforts directs et constants sur les dents, à déplacer ces dernières les unes par rapport aux autres, de telle sorte qu'enfin les arcades soient plus ou moins régulières, sans viser ni à la réalisation de l'équilibre de l'articulation temporo-maxillo-dentaire, ni à celui des mâchoires par rapport aux autres éléments du squelette facio-crânio-vertébral ni, partant du point de vue morpho-fonctionnel, réaliser l'ensemble de l'équilibre physiologique général, c'est-à-dire, celui de la vie neuro-végétative et psychique.

Les critériums ordinairement appliqués actuellement à l'orthodontie statique sont basés sur des mesures, des courbes et des plans utilisés surtout en anthropologie. Qu'il s'agisse d'ailleurs de courbes de Spee, de Bonwil, des plans de Camper, de Dreyfus, les uns et les autres sont, par erreur d'interprétation, considérés comme pouvant servir de commune mesure dans les traitements des irrégularités dentaires qui ne sont que des cas d'espèces se rapportant

à un seul individu, tandis que ces critériums anthropologiques conviennent parfaitement à la discrimination des races, des ordres et des familles constituant l'espèce humaine. Pour reconnaitre et classer les individus en race : blanche, noire, jaune, rouge, en famille, en groupe, sous-groupe etc., ces critériums anthropologiques sont en effet aussi indispensables que pour démontrer le côté métaphysique de la monogénie et celui tout à fait scientifique de l'ologénie.

C'est grâce à eux qu'on a pu établir, par exemple, que la calotte cranienne et le fémur du pithécanthrope découvert par Dubois à Java, appartiennent au même individu et représentent bien le squelette d'une espèce disparue, intermédiaire entre les singes Simioe catarrhinoe et l'homosapiens. C'est une erreur de vouloir établir un rapport entre des mesures d'Anthropologie et la physiologie individuelle.

Depuis longtemps j'ai déjà développé pourquoi il ne pouvait y avoir de canon de type normal ; j'ai toujours soutenu que chaque individu devient normal quand il est morpho-fonctionnellement équilibré, même s'il est totalement différent de tous les autres, et, en effet, seront normaux les blancs, les nègres, les jaunes, les rouges quand la condition d'équilibre morpho-fonctionnel sera réalisée chez chacun. Ceci étant admis on comprend bien que le même canon ne puisse pas plus permettre de comparer les types de races différentes que les individus de chacune des races entre eux. Il n'y a donc pas de type normal, mais nous conserverons le mot de normal pour spécifier l'existence de l'équilibre morpho-fonctionnel chez un individu.

Au contraire, si nous considérons chaque individu — ainsi que nous devons toujours le faire — comme une entité physiologique dont l'existence et le développement sont représentés par la répétition ontogénique de l'évolution phylogénique de l'espèce, notre critérium de la norme doit être le reflet de cette évolution phylogénique, c'est-à-dire rester purement physiologique. Il ne nous importe plus de savoir ce que sont les morphologies statiques des autres individus, celle du sujet traité est seule en jeu et nous ne pourrons être satisfaits qu au moment où l'équilibre morpho-fonctionnel individuel de notre sujet sera réalisé. Cette condition seule va devenir et restera depuis la naissance jusqu'à la mort notre critérium pour nous permettre d'assurer l'état de santé parfait en luttant contre la maladie, c'est-à-dire contre toutes les causes de

rupture de l'équilibre morpho-fonctionnel individuel, autrement dit, ce critérium gardera toute sa valeur pour juger aussi bien la synergie fonctionnelle, à l'état de santé que les sympathies morbides qui caractérisent les périodes de maladies.

Ce critérium de l'équilibre morpho-fonctionnel individuel satisfait aux conditions positives de généralisation que doit remplir tout critérium, il reste applicable à tous les cas et à toutes les époques de la vie, autrement ce serait admettre, à la fois chez le même individu, la possibilité d'un état normal et celui du déséquilibre morpho-fonctionnel individuel, ce qui serait absurde. Suivie dans ces conditions, l'étude de l'orthodontie sera faite sur des bases scientifiques adéquates à l'ontogénie où le doigté, le coup d'œil, l'habitude, l'adresse, qualités essentiellement occultes et variables chez chaque individu, seront remplacés par la culture scientifique générale sur les rapports liant les fonctions aux organes, sur l'étude clinique des phases évolutives permettant d'établir les causes étiologiques véritables du déséquilibre morpho-fonctionnel individuel et, enfin, sur la technique d'une thérapeutique physiologique et orthopédique qui, dès la naissance, par des examens cliniques, saura réaliser l'évolution de chaque sujet vers l'équilibre morpho-fonctionnel. Cette réalisation sera obtenue en créant, par des appareillages fonctionnels adéquats, un fonctionnement normal auquel les organes s'adapteront au cours de leur développement.

Il m'apparaît de plus en plus illogique de continuer à entraîner la jeune génération vers l'orthodontie statique dont je suis loin de nier les bienfaits. Très admirateur des progrès mécaniques qui rendent chaque jour l'application de cette prothèse plus facile je persiste à lui reprocher de ne pas être fonctionnelle.

Appareil fonctionnel veut dire : appareil capable de créer une nouvelle fonction normale à laquelle l'organe s'adaptera en fonctionnant, rétablissant ainsi l'équilibre morpho-fonctionnel individuel, condition suffisante et nécessaire d'une vie neuro-végétative et psychique parfaite.

Depuis plusieurs années j'ai, dans de nombreux travaux, démontré la valeur de ce critérium morpho-fonctionnel individuel en m'appuyant sur la clinique. J'ai présenté, à titre d'exemples, quelques centaines de nourrissons, d'enfants et d'adultes traités par un appareillage fonctionnel qui, rétablissant la fonction normale facio-crânio-vertébrale, déterminait par fonctionnement l'équilibre mor-

pho-fonctionnel individuel de ce massif et, conséquemment, celui de la vie neuro-végétative.

Qu'il s'agisse de nourrissons, d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, les résultats sont toujours positifs, l'adaptation de l'organe s'est faite à une fonction normale ; aussi peut-on constater chez chacun qu'à une esthétique générale morphologique parfaite correspond une fonction neuro-végétative et psychique normale.

Il est un fait remarquable à suivre au cours de ce traitement, c'est que l'on n'a pas à faire jouer un rôle quelconque dans la manière dont se poursuit la migration des dents, il suffit d'assurer l'antagonisme progressif des axes géométriques et physiologiques, cet antagonisme devant être pris comme critérium pour la construction des appareils et toujours suivi dans la succession des appareillages à construire pour réaliser l'équilibre morpho-fonctionnel individuel.

J'ai, d'après les travaux de Sigaud, de Lyon, établi des schémas des types morphologiques qui ont été adoptés partout, puis modifiés par les uns et les autres, sans obtenir d'ailleurs de création originale différente de mes premiers dessins. A chacun de ces schémas morphologiques, respiratoires, digestifs, musculaires et cérébraux, j'ai joint celui de la forme de la courbe des mâchoires correspondante et vous pouvez voir combien ces courbes diffèrent entre elles. J'ai montré, d'autre part, qu'avec une même série de 32 dents, il était facile de tracer toutes les courbes imaginables des arcades dentaires, il suffit pour cela de faire varier la longueur des diamètres physiologiques des couronnes. Les diamètres physiologiques sont variables et représentés par les lignes joignant les points tangentiels de contact des couronnes, tandis que les diamètres géométriques des dents sur les arcades sont les plus grands diamètres des couronnes qui restent invariables.

J'ai, d'autre part, établi, dans une de mes dernières communications à notre Société, que dans l'évolution ontogénique des maxillaires, au cours du développement des mâchoires, celle des procès-alvéolaires était synergique de celle des dents. Il n'y a pas, en effet, de points d'ossification pour les procès alvéolaires, le système dento-alvéolaire se développant au cours de l'évolution phylogénique sur des corps constitués et formés avant le début de l'éruption des dents, celle-ci s'effectue sur le corps basal des maxillaires qui sert de socle au système alvéolo-dentaire.

J'ai, dans de récents travaux, appelé l'attention sur les atrésies

maxillaires congénitales et leur retentissement sur l'équilibre du réflexe glossique. Dans une de mes dernières communications à la Société de Médecine de Paris, j'ai montré, d'après les observations que j'ai faites sur la position de la langue après la mort chez les pronogrades ou animaux à vertex parallèle au sol et chez les orthogrades marchant la colonne vertébrale perpendiculaire au sol, que si chez les premiers la langue pendait hors de la gueule, tandis que chez les derniers elle tombait dans l'oro-pharynx, il était nécessaire qu'il existât un réflexe glossique chargé d'assurer à la langue, pendant la vie, sa position normale dans la bouche ou la gueule fermée.

Le réflexe glossique prend, de ce fait, deux directions différentes faisant un angle de 90° chez l'homme et chez les animaux. Chez l'homme pour que le réflexe glossique puisse s'exercer il faudra donc que le volume des maxillaires, leurs rapports respectifs et le volume de la langue satisfassent à des conditions morphologiques équilibrées, en même temps que les synergies fonctionnelles du réflexe labio-glosso-pharyngé restent normales.

C'est pourquoi toutes les fois que les maxillaires seront déformés et hypotrophiés, que la langue sera volumineuse ou qu'il y aura anomalie de rapport entre ces éléments, le réflexe glossique ne pourra s'exercer normalement, pas plus qu'il n'agira dans les cas d'asthénie ou de paraplégie, plus ou moins importante.

A ces conditions de la rupture d'équilibre morphologique correspondront nécessairement des variations de positions dans le développement du système dento-alvéolaire.

Il apparaît donc déjà clairement que vouloir modifier l'un des facteurs sans apporter de changement aux autres, est impossible, je n'en veux pour preuve que la loi de Lechatellier :

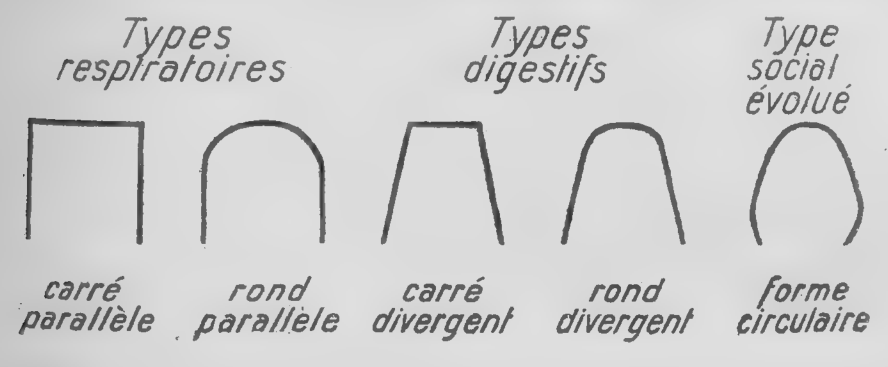
« Les modifications produites dans un système de corps à l'état d'équi- « libre par la variation d'un des facteurs de l'équilibre sont de nature telle « qu'elles tendent à s'opposer à la variation qui les détermine ».

De cette loi, nous devons déduire que dans la hiérarchie des facteurs de l'équilibre morpho-fonctionnel, individuel, il faudra, s'appuyant sur la loi de Müller Haeckel commencer par modifier parmi les facteurs atteints, ceux les plus récemment apparus qui sont d'ailleurs toujours les plus difficiles à corriger.

Dans nos interventions nous devrons donc commencer à traiter les facteurs les plus labiles, c'est-à-dire les plus récents dans l'évolution phylogénique chez lesquels, de ce fait, il est plus difficile de rétablir l'équilibre morpho-fonctionnel.

Si nous recherchons dans l'évolution phylogénique du massif facio-crânio-vertébral le perfectionnement le dernier apparu, nous trouvons l'adaptation des maxillaires au langage parlé, contemporain de l'apparition et de la fixation dans le caractère acquis du réflexe glossique. Ce sont donc la forme du corps des maxillaires et le réflexe glossique qui sont les derniers perfectionnements apparus dans l'évolution phylogénique auxquels s'est adapté subsidiairement et fonctionnellement le système dento-alvéolaire. De sorte que si nous voulons rester logique dans l'application de la loi de Müller Haeckel, nous devrons commencer par corriger les maxillaires et le réflexe glossique, les acquisitions les plus labiles, par conséquent celles qui doivent être le plus tôt possible l'objet du traitement destiné à rétablir l'adaptation à la fonction normale. Les dents et les alvéoles suivront les maxillaires au cours de ce traitement, comme elles l'ont fait au cours de l'adaptation des maxillaires au langage parlé.

FORMES DES MACHOIRES CORRESPONDANT AUX TYPES MORPHOLOGIQUES

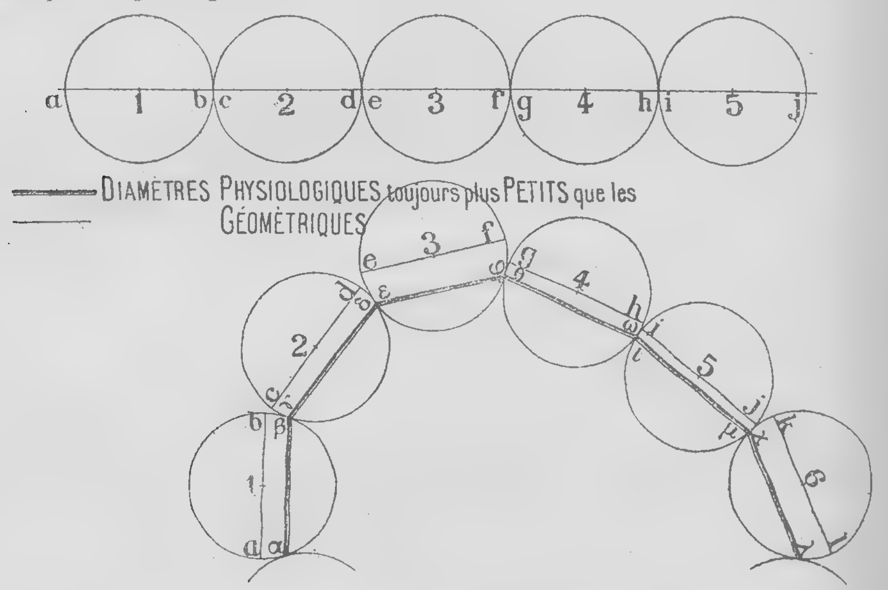


Nous aurons ultérieurement l'occasion de voir dans quelles mesures et comment l'adaptation de l'oro-pharynx suivra celle des maxillaires et du réflexe glossique pour évoluer normalement, c'est-à-dire s'allonger de haut en bas, de telle sorte que la glotte qui se trouve presque de niveau avec les apophyses palatines, à la naissance, puisse occuper sa place en bas et en arrière de la base de la langue chez l'adulte.

Il reste bien entendu que si, au cours de l'examen clinique de nos petits malades, nous pouvons découvrir des causes étiologiques héréditaires : tuberculose, intoxication susceptibles de jouer un rôle dans les troubles apparus au cours de la répétition ontogénique du développement des enfants, nous devrons en tenir compte et ne pas manquer d'instituer les traitements adéquats chimico-dynamiques, sérothérapiques, physiothérapiques, climatériques, ainsi que l'hygiène rigoureuse quotidienne que comportera leur état.

Pour mieux étudier et comprendre l'évolution des irrégularités dentaires, j'ai cru nécessaire de jeter un rapide coup d'œil sur les liens qui unissent l'évolution phylogénique de l'espèce et la répétition ontogénique

de ses caractères. Cette rapide incursion dans le domaine de l'évolution générale nous permet d'abord de comprendre pourquoi, dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, il est temps d'abandonner l'orthodontie statique qui met — si l'on peut dire — la charrue avant les bœufs, puisqu'elle s'adresse d'abord au système alvéolo-dentaire dont l'adaptation est postérieure et subsidiaire de celui du corps des mâchoires. Les lois de l'évolution nous expliquent également comment il se fait que seul l'équilibre morpho-fonctionnel individuel peut devenir et doit rester notre critérium dans les traitements effectués par le port d'appareils fonctionnels. L'application de la méthode fonctionnelle ou eumorphique, comme je l'ai nommée, ne se réalise pas toujours de la même manière, bien que le principe reste le même.



Cette application de la méthode eumorphique variera dans ses moyens avec l'âge de l'enfant, c'est-à-dire avec les phases évolutives du massif facio-crânio-vertébral.

J'ai divisé l'évolution du massif facio-crânio-vertébral en quatre phases :

La première qui comprend la période de la gestation et celle qui va de la naissance à la fin de la dentition temporaire à 36 mois ;

La deuxième de la fin de l'éruption des dents temporaires à l'apparition de la dentition permanente vers six ans ;

La troisième, de la phase de l'éruption des dents permanentes de 6 à 25 ans ;

La quatrième, celle de l'âge adulte et la période correspondant à l'évolution des mâchoires édentées, partielle d'abord, complète ensuite, dont nous étudierons le traitement ultérieurement.

REVUE DES REVUES

TUMEURS A MYÉLOPLAXES ET A SARCOMES DES MAXILLAIRES OBSERVATION SUR SIX CAS [1]

Par le Dr M. POLET,

Professeur à l'Institut belge de Stomatologie.

Les tumeurs à myéloplaxes, improprement appelées sarcomes, en diffèrent par l'absence de douleur, par leur bénignité et leur récidive toujours locale. On range parmi elles les épulis à myéloplaxes improprement appelées sarcomateuses et qui diffèrent des épulis fibreuses, chondro- et ostéo-fibreuses.

Ces trois groupes : épulis simples, tumeurs à myéloplaxes et sarcomes, diffèrent cliniquement et surtout histologiquement.

Les épulis simples (tumeurs épithélio-conjonctivales) ne se rencontrent que sur le rebord alvéolaire des maxillaires et peuvent dégénérer en épithéliomes. Les tumeurs à myéloplaxes se présentent sur le rebord alvéolaire des maxillaires ou dans le périoste ou dans l'os de tout le squelette, contiennent une grande quantité de myéloplaxes et dégénèrent exceptionnellement en sarcomes. Les sarcomes (centraux ou périostiques) contiennent peu de myéloplaxes.

Nous ne nous occuperons pour le moment que des tumeurs à myéloplaxes.

Au point de vue clinique, la tumeur à myéloplaxes est arrondie, lisse, assez délimitable.

En surface et en coupe macroscopique, elle a la couleur rouge foncé du jambon.

A la palpation, elle est ferme, élastique, molle ou fluctuante. Elle présente parfois des battements isochrones au pouls.

Sa teinte et ses hémorragies faciles sont dues à l'abondance des capillaires embryonnaires dilatés.

Au point de vue étiologique, on trouve le trauma et l'infection. Comme *origine*, elle a son point de départ dans le ligament ou les tissus paradentaires.

Au point de vue évolution et pronostic, elle peut se développer en un temps variant de quelques semaines à six ou sept années. Elle récidive assez facilement, mais *in situ*, n'est pas métastasique et est bénigne.

---

1. Communication faite à l'Association des anciens élèves des Centres belges de Stomatologie, le 16 décembre 1928.

Au point de vue histologique, elle est formée de cellules fusiformes engainées dans une trame de fibres conjonctives (ressemblance avec le sarcome fuso-cellulaire) et de myéloplaxes en grand nombre. La trame de tissu conjonctif ne présente aucun caractère de malignité.

Les myéloplaxes sont des cellules géantes contenant de trois à vingt noyaux. Elles ressemblent aux ostéoclastes de l'os normal. Peut-être sont-elles des macrophages destructeurs des cellules néoplasiques, enlevant ainsi à la tumeur son caractère malin. De petites quantités de myéloplaxes se trouvent dans d'autres affections osseuses soit tumorales, soit inflammatoires.

Au point de vue localisation, on trouve les tumeurs à myéloplaxes dans tout le squelette : mais 55 à 60 % se rencontrent dans ou sur les maxillaires.

Au point de vue symptomatologie, il n'y a autre chose à signaler que l'absence de signes fonctionnels et la bénignité de l'évolution.

Traitement.

Il semble qu'il ne faille plus les opérer, mais les soumettre à la radiumthérapie ou à la roentgenthérapie.

Le *Journal de Radiologie et d'Electrologie de Paris* vient de publier dans son numéro de novembre 1928, sous la signature du docteur Lacharité, les guérisons obtenues à l'Institut du Radium de Paris, de 1919 à 1926, dans quatorze cas de tumeurs des os à myéloplaxes, dont douze cas intéressaient les maxillaires. La moitié des malades étaient en état de récidive post-opératoire.

Le docteur Daubresse-Morelle, de Bruxelles, a soigné dans sa clientèle deux cas d'épulis à myéloplaxes qui ont fondu complètement et définitivement sous l'effet du radium.

Personnellement, j'ai observé cinq cas de tumeurs à myéloplaxes et un cas de sarcome central aux maxillaires. En voici une brève description.

Observation I. — Sarcome central du maxillaire inférieur.

M. V. H. fut examiné et réexaminé à plusieurs reprises à l'occasion d'un gonflement placé à cheval sur le bord inférieur du maxillaire inférieur droit, au niveau des prémolaires. La tumeur est fibreuse, attachée à l'os : elle a le volume d'un œuf de pigeon. Les dents sont toutes vivantes, les péridents sont saines ; seule une prémolaire est très légèrement branlante. Il n'y a pas de ganglions, ni de symptômes douloureux, ni de gêne fonctionnelle.

Un chirurgien éminent l'opéra en pratiquant une résection partielle du maxillaire inférieur droit. L'examen histologique confirma l'existence d'un sarcome.

Trois semaines après, la récidive se produisit dans tout le maxillaire inférieur. Le malade fut réopéré, mais une broncho-pneumonie l'emporta trois jours après.

Observation II. — Epulis à myéloplaxes.

Son porteur vint me trouver à deux reprises, en 1916. La tumeur débordait les molaires supérieures droites depuis deux ans ; elle me parut compliquée d'épithélioma. Le patient refusa et biopsie et opération. Il mourut un an plus tard.

Observation III. — Tumeur à myéloplaxes sous-périostique.

En 1923, j'eus l'occasion de soigner un homme de 65 ans, porteur, dans la région de la canine droite du maxillaire inférieur, d'une tumeur apparaissant devant et derrière les alvéoles et semblant un kyste. Une ponction, qui produisit une notable et longue hémorragie, et surtout l'aspect jambonné de la tumeur me firent songer à une tumeur à myéloplaxes. L'examen histologique d'un fragment confirma cette prévision.

L'intervention chirurgicale fut assez mutilante. Allant de la première prémolaire gauche à la deuxième prémolaire droite, elle emporta en hauteur plus de la moitié de la mandibule. Le thermocautère fut passé sur toutes les surfaces osseuses de la cavité opératoire. Par surcroît de précautions, on instaura le traitement au radium. Le malade fut revu trois ans après. Il était parfaitement guéri, lorsqu'une apoplexie cérébrale l'emporta.

Observation IV. — Tumeur à myéloplaxes sous-périostée.

En 1923, le docteur A. Desmedt, stomatologiste, me demande d'examiner un garçon de six ans qui présente au niveau de la première molaire inférieure droite un gonflement non inflammatoire. La tumeur, adhérente à l'alvéole, est indolore, non kystique. La palpation ne révèle aucun ganglion enflammé.

Le diagnostic de tumeur à myéloplaxes posé, l'enfant fut opéré et soumis ultérieurement au traitement par le radium. La tumeur n'a pas récidivé.

Observation V. — Tumeur à myéloplaxes sous-périostée, envahissant le corps de la mandibule.

Le 1er mai 1926, M. Baugniet, ancien élève de l'Institut, nous y présente un de ses patients porteur, au maxillaire inférieur droit, d'une tumeur occupant la région des trois molaires.

Le diagnostic de tumeur à myéloplaxes posé, un fragment fut analysé au Laboratoire de Biologie clinique, sous le n° 262646, avec le diagnostic histologique de tumeur à grandes cellules assez polymorphes, d'origine fibroplastique.

Opéré et curetté le 12 mai, le patient vit, après une cicatrisation assez lente, sa tumeur récidiver et grossir de façon inquiétante. Le traitement par le radium fut appliqué trois fois par jour, du 4 au 17 juin, soit quarante-deux fois. Dès la deuxième application, la tumeur commença à fondre ; la radiation fut réduite à partir de la trentième séance. Pendant dix jours, le malade ne put déglutir, ni déguster, ni parler, tant le pharynx et le larynx étaient enflammés ; il perdit momentanément une partie de la barbe, de la moustache et des cheveux ; il présenta quelques taches de brûlures.

Quinze jours après traitement au radium, la tumeur sembla complètement disparue et l'état général était très amélioré. Un an après, la guérison se maintenait ; depuis, je n'ai plus eu de nouvelles du patient.

Observation VI. — Tumeur à myéloplaxes sous-périostée.

Je vous présente le petit Hubert D.., âgé de huit ans et demi.

Il y a sept mois et demi (début de mai 1928), le docteur Dénomerange, stomatologiste, me l'adressa à l'Institut de Stomatologie. L'enfant lui avait été présenté porteur d'un gonflement indolore au niveau de l'incisive latérale supérieure droite de lait. La dent étant ébranlée ; il suspecta un abcès chronique et fut étonné, après l'extraction, de ne pas trouver de pus.

Examiné à l'Institut, on trouva une tumeur indolore, du volume d'une amande, pseudo-fluctuante. La tumeur pouvait être un kyste dentifère, ou une tumeur à myéloplaxes, ou un sarcome. On décida de l'opérer et de faire ensuite l'examen histologique et une cure au radium. L'enlèvement de la tumeur fut facile. Elle était charnue, molle, de teinte jambonnée, légèrement adhérente au maxillaire. Elle m'a paru être une tumeur à myéloplaxes, ce que confirma l'examen microscopique.

La plaie fut laissée partiellement ouverte et l'enfant fut confié aux bons soins du docteur Daubresse-Morelle. Un tube de radium fut placé dans la cavité opératoire du 12 au 15 mai, et un appareil de surface en pâte Columbia fut placé du 18 au 23 mai. Quinze jours après, une forte radiodermite se remarquait ; elle disparut après une semaine. A présent, on voit à peine de légères cicatrices.

Origine et étiologie. Son origine est dans l'alvéole. Au point de vue étiologique, le commémoratif est nul. On pourrait imputer l'irritation des tissus produite par la racine résorbée de la dent de lait. Cet enfant est fils unique, ses parents sont observateurs et ils affirment que le gonflement s'est produit en peu de semaines, ce qui rendrait cette hypothèse plausible.

L'enfant fut revu à diverses reprises. Le 25 octobre, l'incisive latérale permanente avait fait son éruption en antéposition ; j'en fis l'extraction et constatai, avec satisfaction, que la production d'os alvéolaire était abondante, ce qui rendait le pronostic plus favorable. La cicatrisation fut à ce point rapide qu'en huit jours de temps la profondeur de l'alvéole était passée de 12 à 6 millimètres.

Vous constatez que la région opérée, à droite, est en retrait sur la gauche, à cause de la petite de cette incisive.

En présence des éléments d'appréciation fournis par l'Institut du Radium de Paris et par le docteur Daubresse-Morelle, il semble donc qu'il ne convient plus d'opérer une tumeur à myéloplaxes.

Un mot encore au point de vue du diagnostic. Si la tumeur est superficielle, la radiographie ne semble d'aucun secours. Si elle est profonde il en faudrait des prises multiples.

La ponction exploratrice a peu de valeur et peut, comme la biopsie et la palpation non délicate, mobiliser des embolies métastasiques. Ce risque de métastase augmente avec la malignité de la tumeur et semble nul pour les tumeurs à myéloplaxes.

LA RADIOTHÉRAPIE, TRAITEMENT DE CHOIX DES TUMEURS A CELLULES GÉANTES DES MAXILLAIRES.

Par le Dr E. DAUBRESSE-MORELLE

Chef de service à l'Institut chirurgical de Bruxelles.

Les tumeurs des os à cellules géantes sont sensibles à l'action des rayons de Roentgen et du radium.

Plusieurs auteurs ont émis cette opinion, et, dernièrement encore, un de nos amis, Canadien, le docteur H. Lacharité, au cours d'une étude générale, portant sur tous les cas de tumeurs à cellules géantes soignées à l'Institut du Radium de Paris, depuis 1919 jusqu'à 1926, émettait l'avis que, pour la plupart de ces malades traités par les rayons X et le radium, « il était permis d'envisager une guérison complète et un retour fonctionnel normal, sans intervention chirurgicale ». La radiothérapie amena, chez les quatorze porteurs de tumeurs traités par cette méthode à l'Institut du radium de Paris, quatorze guérisons.

Nous avons nous-même pu coopérer au traitement de plusieurs malades qui font l'objet du travail de Lacharité ou suivre ce traitement. Depuis lors, dans notre service, nous avons eu l'occasion d'appliquer le radium dans deux cas de sarcomes à myéloplaxes ; diverses observations ont été publiées ; il ressort de ces diverses considérations que le traitement des tumeurs à cellules géantes appartient au domaine de la radiothérapie.

S'il nous a paru utile de rappeler ces faits, c'est que certains auteurs paraissent ne pas en devoir tenir compte. Dans un ouvrage [1] qui expose de façon très complète le traitement des tumeurs malignes des os, nous avons vu énoncer les idées très opposées à celles que nous venons d'émettre. « La radiothérapie et la curiethérapie semblent avoir une action réelle sur ces tumeurs, mais nous avons déjà indiqué leurs inconvénients, la radiodermite, la longueur du traitement qui expose à des accidents généraux et locaux, et, pour la curiethérapie, le risque d'infection secondaire. Elles doivent donc être, jusqu'à plus ample informé, réservées pour les cas où l'intervention chirurgicale n'est pas possible... »

Cependant, nous n'avons jamais, au cours de notre pratique radiothérapique, entendu considérer la radioépidermite ordinaire, suite banale et voulue de beaucoup d'applications de rayons X ou de radium, comme une contre-indication à cette méthode. La longueur du traitement ? Quelques cinq à six jours. Les accidents généraux ? L'on conçoit que la résorption de quantités importantes de tissus cancéreux ne puisse passer inaperçue ; lorsqu'il s'agit de petite masse de tumeur, il ne se pro-

1. *Journal de Radiographie et d'Electrologie*, novembre 1928.

duit aucun malaise. Mais ce sont là les suites normales de toute application radiothérapique. Les accidents locaux, les infections secondaires ? Les techniques actuelles permettent de les éviter. Et nous ajouterons qu'à côté de l'excellence du pouvoir curatif de cette méthode, c'est précisément son innocuité complète qui doit nous la faire préférer à d'autres.

Les rayons X et le radium ne sont plus un moyen de pis-aller, auquel on n'a recours que dans les cas désespérés lorsque tous les autres traitements ont échoué. Ils ont leurs indications propres [1] de plus en plus nettement définies ; il importe qu'on le reconnaisse. Et ici encore, dans la question qui nous intéresse, les rayons X et le radium ne devront pas être employés lorsqu'il s'agira de tumeurs à cellules géantes inopérables ou dans le but de parachever une intervention chirurgicale ; mais on y aura recours d'emblée comme agent thérapeutique de choix.

Technique curiethérapique. Le traitement des tumeurs à cellules géantes des maxillaires soit par les rayons X, soit par le radium, ne diffère pas de celui employé dans les autres cancers.

Il consiste à faire absorber par la totalité des cellules néoplasiques une dose totale suffisante de rayonnement tout en respectant l'intégrité des tissus voisins non pathologiques.

Lorsque la tumeur siège au niveau du rebord alvéolaire des maxillaires nous confectionnons un appareil en cire moulant convenablement la région malade ; nous lui donnons une épaisseur de 7 à 10 millimètres. Sur la face externe nous déterminons le champ d'irradiation en ayant soin de le faire largement dépasser les lésions visibles macroscopiquement. Nous y disposons nos foyers de radium. Le rayonnement est filtré par une épaisseur de platine d'un demi-millimètre. Une plaque de plomb de deux millimètres recouvre le champ radifère ; on l'enduit d'une mince couche de cire destinée à éliminer le rayonnement secondaire ; de cette façon, les parties avoisinantes sont suffisamment protégées. Lorsque le sarcome envahit d'autres endroits, par exemple les faces latérales des maxillaires, on peut appliquer l'appareil à l'extérieur, notamment sur une joue. Nous lui donnons alors une épaisseur de 20 à 30 millimètres ou plus, de façon à augmenter la quantité de rayonnement dans la profondeur ; nous pouvons porter la filtration à un millimètre de platine et détruire un à deux millicuries par centimètre carré de surface irradiante.

La charge en radium est déterminée de manière à étaler le traitement dans un laps de temps de cinq à six jours environ.

Et répétons encore pour finir, qu'appliquée convenablement, cette méthode permet à celui qui en est l'objet d'espérer une guérison complète.

1. Tumeurs malignes des os, par les docteurs Nové (*Annales belges de Stomatologie*, janvier 1929), Jusserand et Tavernier, in *Bibliothèque du cancer*, 1927.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 5 mars 1929.

PRÉSIDENCE DU Dr BONNET-ROY.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — ESQUISSE DU TRAITEMENT ACTUEL DE LA SYPHILIS, PAR LE Dr CLÉMENT SIMON.

M. le Dr Clément Simon donne lecture de sa communication (v. p. 206).

DISCUSSION.

M. le Dr Robin. — Je voudrais poser deux questions à mon distingué collègue des hôpitaux.

Il est évident qu'il est de notoriété habituelle de dire que les coloniaux reviennent très souvent avec la syphilis ; de même que très souvent ils reviennent avec la malaria. Est-ce qu'il y a eu des études, des statistiques de faites et a-t-on pu reconnaître que la syphilis se contractait moins dans les pays à malaria que dans ceux où il n'y en avait pas, pays où cependant la syphilis existe à l'état endémique ?

Nous sommes en présence d'une assemblée de jeunesse. Tout à l'heure vous nous avez dit que la pommade de Metchnikoff était un moyen utile à employer pour la préservation. Bien que ceci sorte un peu de la question, il n'est pas rare d'avoir attrapé à la fois la syphilis et la blennorrhagie. Est-ce que vous ne pourriez pas nous dire le moyen le plus utile à employer comme prophylaxie de l'une et de l'autre de ces maladies ?

M. le Dr Clément Simon. — En général, on emploie un mélange de pommade mercurielle et de sel d'argent ; il y en a plusieurs dans le commerce ; je puis vous en citer quelques-uns : le salvatyl, le préventyl, le néostyl, qui certainement ne sont pas inefficaces ; il vaut mieux les employer.

Quant à la question de la syphilis et de la malaria, M. Robin m'a posé une question qui est très difficile à résoudre. Il est certain que le paludisme et la syphilis évoluent de pair chez beaucoup de malades. Chose curieuse cependant, lorsque la malaria se déclanche, elle a pour effet de faire évoluer la paralysie générale vers l'amélioration ; c'est un fait. Est-ce la malaria seule qui fait cela ? En médecine, on est souvent obligé de se borner à des constatations. Cela agit, c'est sûr, et cela agit d'une façon élective. Par exemple, Sicard avait recommandé de remplacer la

malaria-thérapie par des médicaments qui donnent de la fièvre, par exemple, le vaccin de Nicolle. J'ai essayé cette méthode, elle ne donne pas les résultats de la malaria thérapie.

M. le Président. — Je remercie le Dr Clément Simon de son intéressante conférence. Nul mieux que lui n'était qualifié pour nous entretenir de cette question avec autant d'expérience et de clarté.

Le Dr Clément Simon, qui était déjà venu ici, a bien voulu répondre à mon invitation aujourd'hui ; j'espère que, le cas échéant, il répondra à une troisième invitation tout aussi aimablement.

II. — La première phase de la prophylaxie des irrégularités dentaires, par le Dr Pierre Robin.

M. le Dr Pierre Robin. — Avant de commencer ma communication, permettez-moi de déposer sur le bureau de la Société un petit volume que je viens de faire paraître sur la glossoptose, un grave danger pour nos enfants. Vous connaissez l'essence même de ce volume et de quoi il est question. Par conséquent, vous pourrez le consulter à la bibliothèque de votre Ecole, et je passe tout de suite à la communication de ce soir.

(Il donne lecture de sa communication, v. p. 216).

Discussion.

M. G. Villain. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Robin et je suis d'accord avec lui sur la plupart des points qu'il a développés. Néanmoins, il nous a parlé d'orthodontie statique et nous a décrit l'utilisation des plans, des mensurations et des courbes qui sont employés en orthopédie dento-faciale. Sur ces points je ne suis pas d'accord avec lui, car j'estime que pour déterminer une malformation, l'utilisation de plans et de mensurations est parfaitement rationnelle. Si ces plans sont empruntés à l'anthropométrie, ceci ne veut pas dire qu'ils servent à établir un type défini, mais tout simplement à établir une norme dans des limites assez larges.

Qu'entend M. Robin par orthodontie statique ? Je ne saisis pas très bien. L'orthodontie est active puisqu'elle mobilise. M. Robin entend-il par orthodontie statique la mobilisation des dents alors que le maxillaire ne serait pas envisagé sous sa forme, son volume, ses rapports, sa fonction ?

M. Robin m'a donné un jour une image très amusante quand j'examinais l'une de ses malades ; il m'a dit : je ne suis pas jardinier, je ne plante pas régulièrement sur une plate-bande. Nous aussi nous considérons que ce serait une erreur grave d'essayer de déplacer des dents sur un maxillaire dans un but esthétique sans tenir compte de l'équilibre morpho-fonctionnel individuel.

Lorsque j'ai présenté ici-même mon étude sur le mécanisme dentaire

humain, j'ai fait remarquer l'importance du rétablissement intégral dans mes traitements orthopédiques.

M. Robin semble critiquer tous les appareils en disant qu'il estime beaucoup l'ingéniosité de tous ceux qui les ont préconisés ou appliqués ; mais je crois que l'on peut arriver avec ces appareils à un résultat semblable à celui qu'il demande : la force intermaxillaire par exemple nous permet d'obtenir de remarquables résultats, en peu de temps. Le maxillaire inférieur est maintenu dans une position déterminée, l'équilibre s'établit dans cette position ; le malade prend tout de suite une respiration nasale ; son pharynx est libéré, sa langue trouve sa place rationnelle dans une position avancée, et ce que demande le Dr Robin, qui peut être réalisé avec d'autres appareils, se réalise parfaitement avec cette force inter-maxillaire, laquelle permet simultanément de réaliser les déplacements dentaires nécessaires pour corriger les malpositions engendrées par le déséquilibre fonctionnel.

Il y a aussi d'autres appareils, tel le plan incliné qui est vieux, je ne dirai pas comme le monde, mais presque comme le monde dentaire, et qui, utilisé non comme moyen d'action, mais comme appareil d'attitude, permet le déplacement de la mandibule et la fixation de celle-ci dans une position rationnelle rétablissant l'équilibre musculaire recherché.

Lorsque nous sommes en présence d'un prognathisme inférieur, réel, il y a tout de même un traitement que nos procédés orthodontiques actuels nous permettent d'établir, et si nous agissons sur le sujet assez jeune, une correction intéressante est toujours obtenue.

Les expressions, les proglissements, les protusions, les malpositions unilatérales et beaucoup d'autres dysmorphies ne peuvent être corrigées qu'avec ces appareils que M. Robin bannit de l'arsenal orthopédique.

Je crois qu'il ne faut pas être trop exclusif et qu'en orthodontie et en orthognatie surtout, il faut avant tout rétablir la fonction normale ; mais ceci ne nous empêche pas non plus d'examiner les conditions esthétiques et de parfaire notre traitement fonctionnel par un traitement esthétique pour le plus grand bien du malade et je dirai même pour l'honneur de la profession.

M. le Dr Roy. — Je ferai remarquer à M. Robin qu'il nous a parlé beaucoup des réflexes de la langue ; il en existe en effet. Mais, il y a un point qui ne me semble pas correspondre à la réalité dans l'exposé qu'il nous a fait, si je l'ai bien compris, c'est quand il attribue à la suppression de ces réflexes la position pendante ou rétractée de la langue dans la cavité buccale après la mort ; cela me semble une erreur. Cette position, chez l'homme comme chez les animaux, est due à la disparition de la contractilité des muscles de la langue qui, par la contractilité synergique des différents groupes musculaires, maintient la langue en position normale comme il est facile de l'observer dans les paralysies

partielles de la langue qui entraînent des déviations correspondantes de cet organe.

M. le Dr Robin. — Je n'ai pas décrié l'emploi des plans ; je ne me serais pas permis de décrier cet emploi. Je me suis efforcé de faire comprendre que l'emploi des plans, s'il vous était agréable de les employer, ne me paraissait pas correspondre à une utilité du point de vue général biologique. En effet, vous avez dit que l'emploi de ces plans permettait de caractériser une moyenne. Justement, je m'élève contre cette moyenne. Si du point de vue esthétique il peut être admis des moyennes, du point de vue biologique individuel, il ne peut y en avoir. La moyenne existe si peu : il y a bien longtemps que Preter a dit qu'il n'y avait pas de maladies, mais que des malades. Il y a une fièvre typhoïde et quand vous l'avez, vous avez votre fièvre typhoïde à vous. Comme le faisait remarquer tout à l'heure notre distingué confrère, le Dr Clément Simon dans sa splendide conférence, nous avons très bien compris qu'il n'y avait pas une syphilis, mais des syphilis, que les malades restent variables avec le terrain et les individus, de sorte que vouloir chercher une commune mesure pour l'appliquer à un individu restera toujours une utopie.

Mon cher ami Villain, si vous vouliez bien prendre la peine de venir voir mes appareillés comme je l'ai fait dans votre Ecole, en venant examiner les vôtres, nous pourrions mieux nous entendre, je pourrais alors vous montrer mieux que dans une conversation ce à quoi je fais allusion. Je soutiens qu'il n'y a pas de type normal et que quand nous étudions un malade, le seul individu intéressant c'est notre malade, et que quand nous l'aurons rendu normal, c'est-à-dire quand nous en aurons fait quelque chose de bien équilibré, cela sera obtenu sans avoir eu à tenir compte de ce qui se passait à côté.

De toutes ces physionomies sympathiques que je vois ici, il est évident que, si je voulais tirer un type moyen, je ne sais pas à quoi j'arriverai ; ce qu'il y a de certain, c'est que nous devrions tendre à nous ressembler tous, mais le type moyen serait contraire à celui des races, parce qu'en somme, on l'a dit bien souvent, la mesure n'est pas une chose utile du point de vue général biologique. Du point de vue médical, mes mesures risquent de nous induire en erreur presque constamment. Je prends un exemple : vous allez, chacun de vous peut le faire, prendre douze petites bandes de papier, quand vous les aurez en mains, vous prierez un camarade de vous laisser mesurer la distance de sa symphyse mentonnière à l'angle de sa mâchoire avec une de ces bandes de papier, et vous ferez successivement prendre cette mesure avec les douze feuilles. J'ai fait répéter l'expérience bien souvent ; j'ai vu des différences s'élever jusqu'à un centimètre et demi, c'est important. Comprenez-vous alors que la grandeur moyenne est une erreur ?

D'un autre côté, du squelette, j'ai vu la répétition de cette manière

de faire sur une mesure qu'on emploie beaucoup dans les cas de fracture des jambes ; on prend les mesures au moyen d'une douzaine de ficelles ; on fait un nœud à la ficelle pour marquer la longueur de l'épine iliaque supérieure à malléole interne et après on met toutes ces ficelles les unes après les autres ; c'est fabuleux les différences que vous rencontrez.

Si vous voulez voir des différences plus extraordinaires, c'est de comparer les mêmes mesures prises par des individus différents. Alors que devient le besoin de mesure ? Un renseignement utile du point de vue général ou anthropologique, mais dangereux pour servir de base à un traitement individuel.

Je considère donc que le type moyen et le type normal sont des notions que nous devons complètement abandonner, dangereuses au point de vue scientifique, clinique et thérapeutique qui nous fait piétiner, qui nous met dans des conditions défavorables au point de vue scientifique. Voilà mon opinion.

Quand je dis « Orthodontie statique », j'entends une orthodontie qui n'emploie pas la fonction pour faire évoluer la mâchoire et réduire les irrégularités. J'ai défini ce que j'entendais par appareil statique ; au contraire, par appareil dynamo-cynématique si vous voulez, j'entends désigner un appareil fonctionnel qui crée, artificiellement, une fonction nouvelle qui, étant normale créera un organe normal par adaptation. C'est la fonction qui crée, qui déplace les organes et non pas l'appareil ; c'est la fonction qui grâce à l'appareil permet l'adaptation et la mobilisation. Tandis qu'un appareil fixe que vous mettez en bouche, avec lequel vous faites des déplacements de dents n'est pas un appareil fonctionnel, bien qu'on puisse manger et parler avec, c'est un appareil que j'appelle statique par opposition à l'appareil fonctionnel. Voilà en quoi je distingue l'orthodontie statique de l'orthodontie fonctionnelle.

La force inter-musculaire ou dynamo-cynématique ? Si nous voulions entrer dans ce détail qui est fort intéressant, je vous montrerais des choses bien curieuses au point de vue de l'action de la force inter-musculaire que j'ai appliquée il y a un grand nombre d'années. Cette force, d'une manière générale, tire les dents suivant leur axe trituro-radiculaire. Eh bien, il n'est pas malaisé de comprendre que, quand vous tirez sur une dent suivant son axe radiculo-triturant, vous déterminez dans cette dent un déplacement de la dent qui se fait dans des conditions un peu particulières. Tous les ligaments étant extensibles jusqu'à l'infini, j'en ai pour preuve ce que vous pouvez constater bien souvent chez les danseuses et les acrobates des cirques : la laxité des articulations de ces acrobates arrivant à se faire des luxations spontanées ; leurs ligaments ne fonctionnent plus, ce ne sont plus que leurs muscles qui maintiennent les os en place.

Vous avez peut-être entendu parler, pendant la guerre, de cet acro-

bate français qui, fait prisonnier par les Allemands, se faisait tous les matins une luxation volontaire de l'épaule. Quand les majors allemands l'examinaient, on lui remettait sa luxation en place ; le lendemain matin on retrouvait la luxation ; c'était très douloureux, il est vrai, mais finalement on l'a renvoyé en France : c'était ce qu'il voulait.

J'ai rencontré moi-même chez mon maître, le Prof. Tillaux, un acrobate qui avait été amené à la Charité, qui se luxait à volonté certaines articulations ; il nous racontait qu'il lui fallait, comme les danseuses de l'Opéra, faire des exercices quotidiens. Les ligaments des dents sont également extensibles, lorsque vous tirez dessus et si nous représentons schématiquement une dent (croquis au tableau), si nous tirons suivant l'axe de la dent, qu'est-ce qui se passe ? Vous constatez un déplacement immédiat dû à la laxité du ligament.

Dans un mémoire présenté à la Société de Stomatologie en 1906, j'ai fait une étude très détaillée sur la migration des dents ; j'ai montré comment par l'application des forces sur la couronne des dents on pouvait expliquer le phénomène de la migration et de la rétromigration qui est courant !

En effet, lorsqu'on lâche une dent qui était en migration celle-ci revient à sa place. Si ce n'était pas une affaire ligamentaire, cela ne pourrait pas s'expliquer ; j'ai lu encore dernièrement dans un travail, l'explication de la migration de la dent telle que Gaillard la donnait (croquis au tableau).

Nous voyons que la dent bascule sur la région moyenne de l'alvéole en faisant de l'ostéite raréfiante vers le collet et l'apex où il y a compression alors que de l'autre côté c'est le ligament qui s'allonge, comme par exemple dans les anévrismes de l'aorte, vous voyez le cartilage costal et l'os complètement résorbés par irritation du périoste. Jamais vous n'avez vu, à l'extrémité d'un ligament tendu, se faire de l'ostéite condensante. Dans les squelettes d'athlètes, vous voyez des impressions ligamentaires au niveau des insertions, mais ce n'est pas de l'ostéite condensante.

Par conséquent, au point de vue des forces inter-maxillaires, les déplacements correspondent à une véritable extraction lente, aussi je crois que si l'on voulait appliquer cette force inter-maxillaire pendant trop longtemps, il ne resterait plus une seule dent dans les alvéoles.

Quant au plan incliné de Catelan, son emploi est très limité et les résultats en sont plutôt médiocres, en dehors de la vestibulation des incisives, pour corriger les incisives en version linguale ; il suffit, en effet d'appuyer un peu sur ces dents pour qu'elles reprennent leur position normale, très facilement et très rapidement ; mais enfin ce n'est pas avec une expérience semblable que nous pouvons conclure à une thérapeutique effective, non seulement sur le massif facio-crânio-vertébral, mais aussi

sur les déformations de cette colonne vertébrale et du thorax. Au contraire, par l'application de ma méthode eumorphique, les résultats s'étendent morphofonctionnellement à tout l'individu et je suis sûr qu'il y a beaucoup de mes auditeurs, qui pensent comme moi, après avoir suivi des enfants que j'ai appareillés..

Quant au traitement des prognathismes inférieurs j'en ai un grand nombre en cours de traitement depuis quelques années et beaucoup d'entre vous ont pu, dans mon service de l'Hôpital des Enfants Malades, constater les beaux résultats que j'obtiens avec le monobloc.

J'ai appliqué également différents appareillages qui ont corrigé parfaitement les béances, toujours parce que le traitement est fonctionnel et non dentaire. Je ne tire jamais sur les dents et comme le fait remarquer le Dr Watry, mon savant ami, grand propagandiste de la méthode eumorphique en Belgique ; dans un article publié dans le journal d'Odontologie, la semaine dernière, dans mon enseignement à l'hôpital, je souligne que la « dent n'existe pas ». seule la fonction doit être prise en considération.

Pour le prognathisme du maxillaire inférieur, je ne sais pas à quel appareil faisait allusion mon ami Villain, probablement à celui de Kingsley.

Avec cet appareil, je ne sais pas si le maxillaire cède, mais ce qui apparaît vite, ce sont de violentes douleurs de tête, empêchant l'enfant de supporter ses appareils ; ce n'est pas du maxillaire qu'il se plaint mais de toute la tête, aussi le traitement ne peut être poursuivi efficacement longtemps.

Dans une communication ici et à la Société Odontologique de France, j'ai apporté une observation très curieuse : « *Comment les nourrissons deviennent prognathes* ». Il y a dans les prognathismes inférieurs deux catégories : les prognathismes congénitaux dus à la macrognathie et les prognathismes acquis.

Dans le traitement de ces derniers on peut obtenir un très beau résultat lorsqu'on s'y prend très jeune. Le prognathisme que nous rencontrons ordinairement, est un prognathisme acquis souvent au cours de l'éruption de la dentition temporaire. Lorsque vous avez affaire à de petits nourrissons opisthognathes, vous en voyez quelques-uns porter leur mâchoire en avant pour dégager leur confluent vital. Comme alors ils se trouvent fonctionnellement mieux dans cette position, ils y restent. La mère affolée se demande ce qui arrive ; le médecin ne sait pas, personne ne sait !

Comme je m'occupe beaucoup de nourrissons, un jour une maman vient et me dit : c'est curieux, voilà un enfant, je ne peux plus l'empêcher de mettre sa mâchoire en avant ; il a pris cette mauvaise habitude et fait ça tout le temps. J'examinai l'enfant, je pris le menton et je forçai un peu dessus, d'avant en arrière, je constatai alors que ce nourrisson avait le menton en retrait et que c'était volontairement qu'il propulsait la mandibule.

Depuis, j'ai reconnu chez une vingtaine de nourrissons opisthognathes la même habitude. Il suffit alors de les faire téter orthostatiquement pour obtenir la correction normale de leur mâchoire.

En ce qui concerne ce qu'a dit M. Roy, je ne crois pas que ce soit le tonus seul qui puisse tirer la langue, pas plus que dans la paralysie faciale, le tonus est capable de lutter contre les muscles du côté opposé, ici, c'est le nerf qui ne fonctionne plus, tandis que du côté opposé à la paralysie le nerf sain tire la langue de son côté. Le réflexe glossique est la conséquence d'un système musculaire en équilibre et ne peut être comparé au tonus qui correspond à la manifestation vitale du muscle au repos.

Je pourrais vous lire d'ailleurs quelques lignes prononcées à la Société de médecine de Paris par un homme qui est en même temps, un grand savant et un physiologiste très averti, Georges Rosenthal, docteur ès sciences, élève de Francis Franck dans lesquelles il disait que le réflexe glossique était acquis à la science dès sa description.

Je ne crois pas que les preuves que j'ai apportées puissent être plus grandes que celles que j'ai données et que je vous rappelle : chez l'animal crevé la langue pend hors de la gueule, chez l'homme mort, au contraire, elle tombe dans le gosier, le réflexe glossique étant constitué par l'effort inconscient qui la maintient à sa place pendant la vie. De même, je vous ai dit que le réflexe glossique était un des premiers atteints lorsqu'il se produisait un trouble fonctionnel du système nerveux.

Voici encore une autre observation remarquable de Georges Rosenthal.

J'avais présenté, il y a quelques années, à la Société de Physiothérapie des appareils de sport et de fatigue en indiquant que quand on était fatigué, à la suite d'efforts physiques, on se facilitait grandement l'ascension d'un escalier, par exemple, en portant la mâchoire en avant, et j'avais fabriqué des appareils qui peuvent être utilisés justement au moment de l'effort pour tenir la mâchoire en avant et réduire la glossoptose.

C'est alors que Georges Rosenthal, fort de cette idée, un jour qu'il faisait une randonnée à bicyclette et arrivait en haut de sa côte, portait la mâchoire en avant et, comme, immédiatement, sa respiration devenait plus commode et facile, il en conclut que la fatigue était un des déterminants de la glossoptose.

En effet, on avale sa langue, dès la première manifestation de la souffrance, et de l'asthénie quelle qu'en soit la cause, tout comme au début d'une anesthésie générale. Dans l'asphyxie par le gaz d'eclairage ou par submersion, la première manifestation de l'intoxication du bulbe est la glossoptose par perte du réflexe glossique.

Le Dr Roy sera certainement ici de mon avis, il reconnaîtra qu'on ne peut pas invoquer la perte du tonus musculaire pour expliquer cette glossoptose de fatigue, mais que c'est bien l'affaiblissement du réflexe

glossique qui, seul, explique que la langue tombe naturellement par son propre poids dans la gorge.

Voici encore un autre exemple : comment expliquerions-nous que des bicyclistes soient capables de faire des randonnées aussi dures que celles du Tour de France s'ils ne prenaient pas la position pronograde qui assure le réflexe glossique contre la fatigue.

J'ai assisté à l'ascension de certaines côtes très rudes dans les Alpes-Maritimes et vraiment j'étais stupéfait de voir arriver ces hommes frais et dispos au haut de la montée, mais tous sont penchés sur le guidon, le postérieur aussi haut qu'ils peuvent et la tête aussi basse que possible. Grâce à cette attitude qui correspond à la position prognathe, la langue tombe en avant et libérant le confluent vital assure le bon fonctionnement des voies centrifuges et centripètes céphalo-thoracique pendant l'effort.

Je vous remercie de la bienveillante attention avec laquelle vous m'avez écouté. Je remercie en particulier mes amis G. Villain et Roy pour l'intérêt qu'ils ont pris à mon exposé. Je m'excuse d'avoir été aussi long, mais la question n'en vaut-elle pas la peine ?

M. le Président. — Je remercie le Dr Robin de sa communication qui est intéressante par elle-même et par les discussions qu'elle a soulevées, et je prends bonne note de son engagement de continuer ses travaux à la tribune de la Société d'Odontologie.

III. — Discussion de la communication de M. le Dr Chenet faite à la séance du 5 février : L'extraction des fragments radiculaires.

M. le Dr Solas. — Tout d'abord, je ne peux que m'associer aux conclusions de mon ami Chenet. Tout ce qu'il a dit sur l'extraction chirurgicale des fragments apexiens me paraît tout à fait confirmé par la pratique. L'extraction des fragments radiculaires est une opération sérieuse qui demande à être traitée d'une façon différente de l'extraction ordinaire. Lorsqu'on a affaire à un petit fragment apexien, on peut se heurter à de grosses difficultés et il faut se préoccuper de la façon dont on doit se préparer personnellement et préparer son patient.

M. Chenet a fait allusion à l'opération portant sur des fragments radiculaires situés au niveau du trou mentonnier. Il nous a fait remarquer combien il est délicat d'opérer à ce niveau, il faut en effet éviter de descendre trop bas pour ne pas toucher les vaisseaux dentaires inférieurs. Il ne me semble pas qu'il nous ait parlé des accidents du côté des nerfs. J'ai eu personnellement un petit incident à propos d'une intervention que j'avais faite au niveau du trou mentonnier ; il s'agissait d'une résection apicale au niveau d'une prémolaire inférieure ; j'avais dû cureter un

espace assez important, la brèche opératoire présentait peut-être 5 ou 6 millimètres de diamètre. Mon patient est revenu trois jours après avec une morsure très étendue et très impressionnante de la lèvre inférieure, et il m'a dit : depuis trois jours je me mords la lèvre et je ne sens rien. Ce patient, qui était un homme assez philosophe, qui ne prenait pas les choses au tragique, s'est contenté pendant quelques jours de faire un peu attention en mangeant, il se protégeait avec un bourrelet de coton, puis petit à petit tout est rentré dans l'ordre. Mais je signale le fait de la paralysie de la lèvre inférieure, qui était en corrélation avec la petite opération et qui s'est heureusement arrangée toute seule.

D'autre part, M. Chenet nous a parlé de la radiographie ; il est tout à fait important et indispensable d'opérer avec une radiographie, si nous opérons sans radiographie, c'est que les circonstances ne nous auront pas permis d'en prendre une. Mais si la radiographie donne des renseignements, il faut savoir les interpréter. Je me rappelle être tombé dans un kyste considérable du maxillaire supérieur alors que la radiographie donnait des indications très petites, d'un kyste d'un centimètre à un centimètre et demi de diamètre ; en réalité, le kyste qui avait envahi tout le maxillaire supérieur allait dans l'orbite et la fosse nasale. Donc, fait important, bien interpréter ses radiographies.

Je crois qu'en règle générale il faut tenir compte de ce que la radiographie déplace les lésions et que l'on a presque toujours un apex beaucoup plus haut situé qu'il n'y paraît sur le cliché. Encore récemment, j'ai dû enlever un petit apex que j'avais fait localiser par la radiographie et, si je m'en étais tenu à cette dernière, j'aurais dû trouver mon petit apex au niveau du tiers inférieur de la racine voisine. J'ai fait mon anesthésie beaucoup plus haut et ce n'était pas encore suffisant, et j'ai fini par trouver un apex, très haut situé.

Il est probable du reste que lorsqu'on opère avec un même radiographe, on arrive à avoir un coefficient de déplacement à peu près constant.

Pour finir, un petit commentaire à propos du déplacement apparent des lésions ; ce déplacement apparent doit conditionner notre anesthésie ; en effet, il m'est arrivé de ne pas pouvoir enlever un apex, parce que je n'avais pas tenu compte de cette déformation due à la radiographie et je me suis trouvé en dehors de mon champ anesthésié par mes conditions opératoires. Il faut donc s'étendre très au-dessus de la zone où l'on croit trouver l'apex en question, et, en particulier pour les dents supérieures, ne pas oublier de faire une anesthésie de la voûte palatine. Très souvent on est extrêmement gêné au moment où l'on intervient parce qu'on opère dans une zone sensible et les derniers coups de curette ne sont pas donnés pour l'opération, ou bien on les donne avec des conditions extrêmement pénibles pour le patient. On risque alors ou bien de ne pas poursuivre le curettage aussi loin qu'on l'aurait souhaité, ou bien d'opérer sur un ter-

ritoire sensible et l'on inflige à son patient une douleur d'autant plus inopportune qu'elle aurait pu être évitée.

M. le Dr Robin. — Au petit problème que M. Solas vient de poser, on pourrait peut-être apporter la solution suivante.

Il y a un grand nombre d'années, vers 1900-1-2-3, je faisais beaucoup de cures radicales apexiennes, à ce moment nous n'avions pas la radiographie comme maintenant ; d'autre part, même actuellement, les interprétations radiographiques sont difficiles à faire. A cette époque pour savoir où était mon apex, voici comment je faisais : j'ouvrais la dent au point d'élection pour permettre de faire la cathétérisme du canal très facilement : lorsque le canal était ouvert, j'introduisais une petite tige métallique, une petite sonde par exemple, et je marquais dessus le niveau des cuspides. Je reportais sur le côté la longueur que j'avais trouvée dans la dent et je vous avoue que, grâce à ce petit procédé, l'opération était très simplifiée et je n'avais pas besoin de radiographie. A ce moment-là, nous faisions une incision de la muqueuse ; nous libérions notre champ opératoire et avec une fraise ordinaire on perçait l'os. Puis, avec le petit trépan de Martin, de Lyon, on faisait la résection de l'apex et le nettoyage de la région apexienne. On bourrait le canal de pâte fixatrice sclérogène. On enlevait l'excès apexien et on laissait cicatriser naturellement.

M. Poulet. — M. Chenet, dans sa dernière conférence, nous a dit qu'il passait toujours par le côté externe. Je voudrais lui demander comment il fait pour enlever l'apex d'une racine palatine.

M. le Président. — Je voudrais citer un cas qui me paraît être typique comme incident dans l'extraction des fragments radiculaires.

Il y a quelques mois, je recevais une lettre d'une ancienne et très sympathique élève de cette Ecole, installée en province, qui me racontait ceci : Quelques jours avant, elle avait tenté l'extraction d'un fragment radiculaire d'une prémolaire à la mâchoire supérieure sur son mari, lui-même praticien distingué, et elle avait eu la pénible surprise de constater que le fragment radiculaire avait filé dans le sinus. Elle avait bien essayé par l'alvéole d'avoir ce fragment, elle n'y était pas arrivée et me demandait ce qu'il fallait faire.

Je lui ai répondu en lui disant ce que j'indique depuis longtemps dans le cours que je fais aux étudiants de l'Ecole, à savoir, que si un sinus est ouvert au cours d'une extraction, il faut s'abstenir de toute manœuvre, et que les choses s'arrangent volontiers spontanément, mais que s'il y a un fragment dentaire dans le sinus, la situation n'est pas du tout la même. Le sinus est menacé d'infection, il faut aller rechercher ce fragment, en trépanant le sinus au lieu d'élection.

Quelques jours se passent et le malade vient me voir, j'explore la cavité alvéolaire qui conduisait dans le sinus et je ne sens absolument

rien. Il n'y avait pas encore de sinusité suppurée. La première chose à faire était de prendre une radiographie ; le malade vient à l'Ecole et fait faire cette radiographie. Le lendemain soir, il revient me voir en me disant : « Ma racine est sortie par l'alvéole ; je l'ai crachée, la voilà ». Et il attribuait cette « éjection » de sa racine aux positions qu'il avait dû prendre pendant la radiographie.

Je ne considère pas une telle évolution comme normale ; je crois que c'est un cas exceptionnel. Je persiste à penser que le séjour dans le sinus d'une dent ou d'un fragment dentaire est toujours une cause d'infection qui impose l'intervention. Mais cette observation tend à recommander d'attendre quelques jours et de faire faire une radiographie qui indique la position du corps étranger et favorise son expulsion, par des voies inattendues.

M. le Dr Chenet. — Je n'ai pas vu personnellement de paralysie de la lèvre inférieure parce que le cas ne s'en est pas présenté dans ceux que j'ai opérés. Je crois qu'il est intéressant, quand on a un apex à extraire au maxillaire inférieur, de faire la trépanation perpendiculairement à l'os, mais plutôt haute de façon d'une part à ne pas léser le bord de la crête alvéolaire, et d'autre part à ne pas arriver au niveau du canal dentaire inférieur. Il faut mieux descendre petit à petit en enlevant des lamelles d'os successivement pour libérer l'apex, sans descendre jusqu'au canal dentaire inférieur.

Au point de vue de l'interprétation de la radiographie, je suis de l'avis de M. Solas également, et dans certains cas cette radiographie peut nous entraîner à faire des erreurs de localisation extrêmement préjudiciables à l'opération et au patient. Je me souviens du cas d'un malade auprès duquel je fus appelé par un chirurgien ; ce malade présentait un kyste de la mâchoire supérieure au niveau des incisives centrales supérieures. La radiographie avait fait croire au confrère dentiste qu'il s'agissait d'un petit kyste d'une incisive centrale et il avait proposé au patient d'intervenir sur le fauteuil, de pratiquer la cure radicale de ce petit kyste, disant, pour rassurer son malade, que dix minutes après il pourrait prendre le métropolitain. Ce patient, assez effrayé tout de même, avait consulté un chirurgien qui m'avait à son tour consulté, et nous n'étions pas de l'avis du dentiste. Effectivement, nous avons trouvé un volumineux kyste qui communiquait avec les fosses nasales et je ne vois pas très bien le confrère opérant ce malade-là sur le fauteuil, car il y eut une hémorragie considérable ; il y avait une communication complète de toute la cavité kystique avec les fosess nasales, alors qu'à la radiographie, elle avait paru toute petite.

Mon avis est qu'il faut faire une interprétation clinique de ce que nous voyons ; il faut rechercher par rapport aux dents voisines, d'après leurs racines à localiser notre fragment. Je vous ai cité ce cas que j'ai

opéré dernièrement sur un malade qui n'avait plus une seule dent du maxillaire supérieur ; il y avait bien une radiographie, il y avait bien un petit apex, mais où ? Je n'en savais rien. Il faut donc faire faire des radiographies, c'est entendu, mais il faut les interpréter, et l'interprétation est quelquefois difficile.

Pour l'anesthésie, je suis de l'avis de M. Solas.

J'ai dit de faire une incision très étendue, pour les dents supérieures en particulier, parce qu'on ne sait jamais exactement la hauteur à laquelle se trouve l'apex, et il est préférable d'avoir une anesthésie qui dépasse le but plutôt qu'une anesthésie insuffisante.

Pour les anesthésies supérieures, je commence toujours par un tamponnement de novocaïne au 1/10 ou de Bonain de la fosse nasale correspondant aux incisives ; ce tamponnement m'assure une anesthésie très utile avant l'intervention. En dehors des piqûres au niveau de la voûte palatine et du vestibule, cette anesthésie me donne de très bons résultats.

Au point de vue de l'apex de la racine palatine des dents, j'ai dit qu'il ne faut jamais intervenir par le palais : il n'y a aucun inconvénient à trépaner le maxillaire dans le sens perpendiculaire au maxillaire, car si vous avez une ouverture du sinus — ce qui se produit très souvent — celle-ci se ferme très rapidement, tandis qu'une ouverture par voie palatine ne se fermerait jamais.

M. le Dr Roy. — Je n'ai pas demandé la parole tout à l'heure pour argumenter la communication de M. Chenet, parce que je n'ai, en effet, pas eu le plaisir de l'entendre à votre dernière séance, n'étant pas arrivé au début de sa communication et j'avais peur de répéter des choses qu'il a dû dire très excellemment.

Mais je demande cependant la parole à propos de sa réponse à la question que lui a posée M. Poulet. Il se trouve que j'ai eu justement un cas dans lequel j'ai eu l'occasion d'intervenir, il y a exactement huit jours, et dans lequel j'ai dû suivre une technique diamétralement opposée à la sienne. Il est évident qu'en principe toutes les interventions chirurgicales que nous avons à faire sur les alvéoles doivent autant que possible être faites par la voie vestibulaire ; c'est un principe que j'expose toujours lorsque j'ai à opérer par exemple un kyste, même fort volumineux, des incisives latérales supérieures, alors que celui-ci est développé d'une façon quelquefois considérable du côté du palais et sans manifestation apparente du côté du vestibule. Je fais toujours remarquer à mes élèves que je vais opérer ce kyste par la voie vestibulaire bien que la voie palatine se présente bien plus aisément à moi ; tandis que par la voie vestibulaire on rencontre parfois une paroi non amincie qu'il faut enfoncer à la gouge pour pouvoir pénétrer dans la cavité kystique, alors que l'os est quelquefois totalement détruit sur la partie palatine. Il y a une différence considérable entre une ouverture

résultant de l'ablation d'un kyste, que l'ouverture siège dans le palais ou dans le vestibule. Lorsqu'elle siège dans le vestibule, la gêne fonctionnelle est nulle ou à peu près ; peu de troubles phonétiques et aucun trouble de la mastication. Au contraire avec une ouverture palatine, vous avez immédiatement lorsque vous opérez un kyste, des troubles phonétiques considérables ; la caisse de résonance constituée par la cavité buccale se trouve considérablement augmentée, le timbre de la voix est complètement modifié et ceci pendant un temps assez prolongé. De plus, au point de vue de la mastication, je n'ai pas besoin de vous dire les inconvénients d'une cavité dans laquelle s'introduisent directement tous les débris alimentaires avec une facilité beaucoup plus grande que dans les cavités du côté vestibulaire.

Ceci dit quant à la préférence incontestable de l'ouverture vestibulaire qui doit toujours être cherchée, sauf exception, pour les kystes comme pour les opérations sur les alvéoles.

Par contre, je vais vous raconter une petite observation qui montre que M. Chenet a été un peu absolu quand il dit : il ne faut pas opérer par le palais. J'ai eu, il y a eu lundi huit jours, une malade que j'ai opérée ici à l'Ecole pour un apex de grosse molaire supérieure ; cet apex était extrêmement haut situé, et avec cela un sinus procident tout à fait au voisinage de l'apex. Suivant le principe que j'applique, moi aussi, que c'est par la voie vestibulaire que l'on doit chercher les apex, j'incise très largement, comme je le fais toujours, car c'est une règle absolue ; j'estime que lorsqu'on a à enlever une dent ou une racine, ou à enlever un apex, la première des conditions c'est de se faire du jour très largement, on ne saurait faire une trop large incision, et ce que je recommande par-dessus tout, c'est de ne jamais commencer la moindre tentative d'extraction, même lorsqu'il s'agit d'une racine, avant d'avoir vu la racine d'une façon absolument complète.

C'était donc un apex de première grosse molaire supérieure ; je récline les lambeaux, je gratte l'os et ne voit pas trace de l'apex ; je cherche dans un endroit, je crois voir quelque chose : je me trouve dans le sinus, et toujours pas trace de l'apex ; ce ne pouvait être qu'un apex de racine palatine, mais dans ce cas j'allais éventrer le sinus d'une façon considérable sans la certitude de rencontrer ce petit morceau d'apex qui n'avait pas 2 millimètres et que j'enlevais parce que cette malade présentait des phénomènes névralgiques qui pouvaient être attribués à ce petit apex.

J'ai donc fait une seconde incision du côté palatin pour retrouver cet apex et j'ai eu un mal inouï, car cet apex était entièrement recouvert par l'os et presque collé contre la racine palatine de la deuxième grosse molaire, j'ai cru que même du côté palatin j'allais faire chou blanc si je puis dire, et si je n'avais pas eu la radiographie je

n'aurais pas continué la recherche d'une racine qui semblait complètement impossible à trouver. Je me dirigeai vers la racine palatine de la grosse molaire et j'ai enfin dégagé cet apex, qui était presque collé contre celle-ci ; j'ai suturé les lambeaux ; j'ai revu la malade hier, j'ai enlevé les points de suture ; tout ceci est en bon état et le résultat est tout à fait satisfaisant.

J'ai tenu à vous citer ce fait pour vous montrer qu'il ne faut pas être absolu et que si, comme l'a dit très justement M. Chenet, on doit opérer du côté vestibulaire, il faut savoir que dans certains cas on peut être amené à opérer du côté palatin et que cela ne présente pas d'inconvénient, sauf la difficulté opératoire plus grande.

M. le Dr Chenet. — Dans un cas comme celui-ci, il aurait pu se produire une ouverture sinusale inférieure qui aurait pu être très gênante : l'on n'a en effet aucun repère possible entre les positions respectives de l'apex et du sinus maxillaire.

M. Roy. — Du côté vestibulaire, je n'étais séparé du sinus que par une lamelle, tandis qu'au contraire du côté palatin j'avais une épaisseur d'os beaucoup plus considérable que je n'en avais du côté vestibulaire. Je vous assure que l'opération que je viens de vous conter n'a pas été particulièrement agréable, et je me suis demandé un moment si j'allais être obligé de refermer sans rien trouver. J'ai fini par trouver, mais j'ai eu une marge d'os beaucoup plus grande du côté palatin que du côté vestibulaire.

M. le Président. — Je remercie le Dr Chenet d'être revenu ce soir pour la discussion de sa communication si remarquable du mois dernier. J'ajoute que je connais Chenet depuis longtemps, que je le vois à l'œuvre depuis quinze ans et que, ce qu'il ne pouvait pas vous dire, il témoigne d'autant d'expérience et d'autorité à la table d'opération qu'à la tribune de la Société d'Odontologie.

Je vous rappelle que la prochaine séance de la Société aura lieu le mardi 9 avril, à 21 heures et qu'elle n'aura pas lieu ici, mais à la Semaine Odontologique. J'ajoute que cette séance sera suivie d'une séance complémentaire, qui aura lieu également pendant la Semaine Odontologique, le samedi 13 avril, à 14 heures et de démonstrations pratiques. Je donne d'ailleurs la parole à M. Henri Villain à ce sujet.

M. Henri Villain adresse un pressant appel aux membres de la Société, qu'il espère voir à la *Semaine Odontologique*. Il expose rapidement le programme de ces journées franco-européennes, qui promettent de nouveau cette année un éclatant succès.

M. le Dr Robin. — Voici un incident remarquable sur lequel j'appelle votre attention. Il s'agit d'un nourrisson opéré à quatre mois pour un phimosis sans trace d'hémorragie. A treize mois, il est pris d'une colibacillose très grave qui met sa vie en danger ; des soins attentionnés le

sauvent. A dix-huit mois, en jouant, il tombe, il se fait une petite plaie de la lèvre, hémorragie qu'on cherche à calmer sans résultat ; on appelle le médecin, en l'espèce un médecin des hôpitaux, le Dr Bechmann qui, en présence de ce fait, cherche à calmer l'hémorragie par pincement, etc... sans résultat. On fait venir M. Vinsenbach qui fait l'examen du sang. Temps de coagulation, éternel ; temps d'écoulement au lobule de l'oreille, éternel.

Le père a pu donner du sang pour son enfant ; on a fait une première transfusion, rien ; une deuxième, rien ; une troisième, rien. L'enfant est mort d'hémorragie de sa petite plaie de la lèvre et de son lobule de l'oreille.

Voilà une observation remarquable et importante. Voilà un enfant dans les antécédents duquel on ne relève pas le moindre cas d'hémophilie, qui n'était pas hémophilique à quatre mois au moment où on l'opérait de son phimosis. Il est vrai que l'hémophilie constitutionnelle héréditaire apparaît plus tardivement. Les cas d'hémophilie à la suite de colibacillose doivent être rares, car j'ai vu des médecins qui ignoraient complètement ce fait. Pensons à ce fait et, nous dentistes, lorsque nous aurons une extraction de dent à faire, interrogeons nos malades à ce point de vue, ne serait-il pas terrible qu'à la suite d'une petite plaie des lèvres ou des gencives un de nos malades meure d'hémorragie due à une colibacillose ancienne.

Il m'a semblé utile d'apporter ce soir à la Société cette observation tout à fait extraordinaire et rare avec sa fin lamentable.

La séance est levée à 23 h. 40.

Le Secrétaire général,
Dr Solas.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 19 *mars* 1929.

Présidence du Dr Bozo.

Présentation. — *M. Béliard* présente une malade qui depuis deux ans a été traitée d'une pyorrhée sévère par un bridge de contention.

M. Pietxiewiecz présente une dent de sagesse dont une des racines n'était pas portée sur une radiographie pourtant parfaite.

Communication. — L'argent colloïdal dans les suppurations dentaires. *MM. Rousseau-Decelle* et *Barzilai* nous apportent un travail d'un gros intérêt scientifique qui, étayé sur de nombreuses observations très complètes accompagnées de numérations globulaires, nous montre les avantages du traitement des affections dentaires et paradentaires aiguës par des injections d'électrargol. C'est un mémoire qui intéressera vivement tous les médecins qui s'intéressent à la stomatologie.

Le rôle de la tonsille gingivale dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. *Dr Vincent.* — L'auteur, s'inspirant des travaux de Rette-

rer, compare la tonsille gingivale, les amygdales et les groupes lymphoïdes de l'intestin. Il arrive à cette conclusion que cette tonsille gingivale serait un émonotoire de micro-organismes de toxines et d'autotoxines et par conséquent, constituerait le point de départ de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

La séance est levée à 23 h. 25.

Dr Crocquefer.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 22 février 1929.

La séance est ouverte à 21 h. 15 sous la présidence de *M. Sapet*.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance (Adopté).

Allocution du nouveau Président.

La question administrative réglée, *M. le Président* donne aussitôt la parole à *M. le Dr Pierre Robin* pour sa communication sur le traitement des canaux par tyndalisation et fixation sclérogène.

Le *Dr Pierre Robin* passe en revue les différents procédés employés jusqu'alors pour ce genre de traitement Il nous signale toutes les améliorations apportées par sa technique qui lui ont donné des résultats appréciables datant de 20 à 25 ans.

M. le Dr Nida, chef de clinique aux Quinze-Vingts, traite les troubles oculaires et péri-oculaires *réflexes* d'origine dentaire.

L'A. constate qu'en dehors des complications oculaires d'origine dentaire dont la nature infectieuse est évidente (abcès pré-lacrymaux, ostéopériostites, phlegmons orbitairres, trombo-phlébies, etc...), il existe tout un ensemble de troubles réflexes dont la pathogénie est loin d'être élucidée. Ces troubles peuvent porter sur les différentes parties du globe oculaire et ses annexes et se traduisent par les complications les plus diverses, sensitives, motrices, vaso-motrices, secrétaires, trophiques, etc...

Le Dr Nida avant de conclure, passe en revue les observations les plus démonstratives et signale l'intérêt qu'il y aurait à rechercher systématiquement les altérations dentaires dans les cas de névralgies faciales rebelles en particulier. Le nerf trijumeau essentiellement dynamogène et réflexogène est souvent irrité au niveau de ses expansions terminales et les complications dentaires *réflexes* apparaîtraient peut-être plus fréquentes au clinicien si celui-ci les recherchait avec un plus grand soin.

Prennent part à la discussion : *MM. Pierre Robin*, *Fourquet* et *Sudaka René*.

M. Max Fildemann, secrétaire général, dans une improvisation des plus heureuses, donne un rapide et très intéressant aperçu des résultats obtenus concernant le remaniement de la bibliothèque. Résultats encourageants puisqu'ils vont pouvoir permettre à tous nos confrères de faire ample moisson de documents et de venir y puiser à leur gré.

La séance est levée à 23 h. 30.

Le secrétaire-adjoint : René Sudaka.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DENTAIRE

M. Barail, en l'absence du *Dr Foveau de Courmelles*, a présidé la réunion mensuelle au Foyer Médical, le 7 mars.

Le *Dr Fie*, député, expose son point de vue sur le statut de la radiographie. Déjà, en 1905, l'Académie de Médecine avait demandé l'interdiction de l'exercice de la radiologie aux non-diplômés.

1° Le *Dr Fié*, qui a repris le projet en 1927, a présenté un rapport en commission en 1928, et se basant sur ce qui existe en Suisse, a fait admettre par la commission que les dentistes soient, comme les médecins, admis à pratiquer la radiographie.

2° Il envisage une nouvelle proposition réglementant l'usage des différents modes de traitements électriques, du radium, etc...

3° Il espère obtenir aussi que tout praticien, selon la loi de 1892, puisse, s'il le veut, participer pour son avantage personnel à la loi des Assurances sociales.

M. Dondon commente cinq observations accompagnées d'excellentes radiographies qui illustrent d'une manière frappante l'intérêt que présente l'examen radiographique dans la pratique journalière.

1° Deux incisives vivantes et apparemment saines, mais atteintes d'arthrites ; la radio décèle deux nodules pulpaires.

2° Un malade accusant son dentiste de lui avoir laissé un apex au cours d'une extraction ; la radio montre un énorme séquestre (lésion syphilitique) — l'intervention change de caractère.

3° Un enfant vient pour faire extraire une dent atteinte d'arthrite ; la radio révèle une fêlure du maxillaire, conséquence d'une gifle. L'extraction, sans contrôle, aurait entraîné une fracture du maxillaire dont on n'aurait pas manqué d'accuser l'opérateur.

4° Sensibilité généralisée au niveau d'un côté du maxillaire inférieur à la suite d'un coup de poing ; la radio indique une fracture du maxillaire dont le trajet passe par une dent de sagesse encore incluse.

5° Patient venu pour consolider deux dents d'apparence pyorrhéique — en fait, sur la radio, on voit les deux apex cassés. La fracture remontait à 4 ans et la première sensibilité accusée à 3 ans.

En fin de séance, il est décidé qu'en raison de la Semaine Odontologique, la prochaine réunion plénière aura lieu au Foyer Médical, le jeudi 11 avril, à 8 h. 30 précises.

Le Secrétaire adjoint :
F. BROCHIER.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

23e Session annuelle

Utrecht (Hollande), 5-11 août 1929 (à l'Université).

PROGRAMME PROVISOIRE

Lundi 5 août, 21 h. — Réception à l'Hôtel des Pays-Bas, par le Comité local.

Mardi 6 août, 10 h. — Séance solennelle d'ouverture à l'Université, sous la présidence d'honneur de S. A. le Prince Henri des Pays-Bas.

11 h. 30. — Ouverture de l'Exposition du Congrès d'hygiène buccale et de l'Exposition de fournitures dentaires, à l'Université.

14 h. — Ouverture du Congrès d'hygiène buccale.

15 h. — Séance du Conseil exécutif.

Soir. — Réception par la Municipalité d'Utrecht.

Mercredi 7 août, 9 h. — Séances des Commissions.

14 h. — Séances des Commissions.

Soir. — Banquet offert aux membres de la F. D. I. par les Sociétés hollandaises.

Jeudi 8 août, 9 h. — Séances des Commissions.

12 h. — Visite des usines des appareils de rayons X, etc. de Philips à Eindhoven, par train spécial.

Déjeuner dans le train offert par le Bureau du Congrès.

Soir. — Dîner offert aux membres de la F. D. I. et du Congrès par M. Philips. — Retour à Utrecht, par train spécial.

Vendredi 9 août, 9 h. — Séances des Commissions.

14 h. — Séance de clôture du Congrès d'hygiène buccale.

15 h. 30. — Remise des rapports des Commissions au Secrétairat général de la F. D. I., afin de permettre leur traduction et leur distribution pour le samedi, 9 heures.

18 h. — Visite du nouvel édifice de l'Institut dentaire de l'Université d'Utrecht.

Samedi 19 août, 9 h. — Distribution des rapports.

11 h. — Séance de Conseil exécutif.

11 h. — Visite de l'Université et de la ville organisée pour les membres de la F. D. I., ne faisant pas partie du Conseil exécutif.

13 *h.* — Déjeuner offert par le Comité national hollandais aux membres du Conseil exécutif.
14 *h.* 30. — Séance du Conseil exécutif.
20 *h.* — Banquet de la F. D. I. au Restaurant de la Foire.
Dimanche 11 *août.* — Excursions facultatives à La Haye, Amsterdam, Marken et Volendam.

***

Les Commissions ayant de nombreux travaux à assurer pourront se réunir dès le lundi 4 août matin, les salles nécessaires seront à leur disposition à l'Université.

CONGRÈS DU HAVRE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE (XIVe).

(25-30 *Juillet* 1929).

PROGRAMME PROVISOIRE.

Jeudi 25 juillet.

10 *h.* 30. — Séance d'ouverture au Grand Théâtre.
14 *h.* — Organisation des sections au Lycée de garçons, rue Ancelot.
21 *h.* — Réception par la Municipalité à l'Hôtel de Ville.

Vendredi 26 juillet.

9 *h.* — Réunion des Sections au Lycée de garçons.
11 *h.* — Visite des expositions organisées au Lycée de garçons.
14 *h.* — Réunion des sections et réunion de la Conférence des délégués anglais.
15 *h.* 30. — Visite du port et d'un transatlantique.
20 *h.* 30. — Conférence au Grand Théâtre.

Samedi 27 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections.
11 *h.* — Visite de l'exposition anglaise et du Muséum.
14 *h.* — Réunion des sections.
16 *h.* — HONFLEUR : Visite du Musée du Vieux Honfleur.

Dimanche 28 juillet.

Excursion générale à Fécamp.

Lundi 29 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections.

11 *h.* — Visite de Sainte Adresse, du Nice havrais et de l'Hôtel des Emigrants.

14 *h.* — Visite du Musée de peinture et départ pour aller au Nouveau Musée d'Archéologie à l'Abbaye de Graville.

20 *h.* 30. — Soirée au Casino municipal ou à bord d'un transatlantique.

Mardi 30 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections.

14 *h.* 30. — Assemblée générale.

Mercredi 31 juillet, jeudi 1er août et vendredi 2 août.

EXCURSIONS FINALES.

Première excursion : Lisieux, Trouville, Caen, Bayeux, Mont-St-Michel.
Deuxième excursion : Rouen et la région.

***

Le Secrétaire-Trésorier du Comité exécutif de la XIVe Section de l'A. F. A. S. invite les confrères faisant partie de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences à envoyer leur cotisation au siège social de cette Association, 28, rue Serpente (Paris). Un reçu leur sera adressé sous la forme suivante :

ASSOCIATION FRANCAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.
28, rue Serpente, Paris.

Monsieur,

Veuillez trouver incluse votre carte de membre de l'Association pour l'année 1929. Cette carte, envoyée aussitôt le règlement de la cotisation, correspond donc à un accusé de réception ; il n'en sera pas envoyé de nouvelle au moment du Congrès. Vous voudrez bien la conserver.

En cas de perte, un duplicata pourra être établi pour la somme de 1 fr.

R. WALLIS-DAVY.

***

Le président de la Section d'odontologie, M. Blatter, et le secrétaire du Comité exécutif, M. Wallis-Davy, se sont rendus au Havre, où ils avaient organisé une réunion de tous les praticiens de la ville, afin de constituer le Comité local de la Section. Ils ont reçu le meilleur accueil de leurs confrères havrais, qui les ont assurés de leur concours pour le succès du congrès.

Le Comité local de la section est composé de MM. Regard, *président* ; Neveu, *vice-président* ; Palmer, *secrétaire*.

Le Maire du Havre, M. Léon Meyer, député de la Seine-Inférieure, auquel MM. Blatter et Wallis-Davy ont rendu visite, a accepté de présider le banquet de la Section.

SEMAINE INTERNATIONALE DE LA LUMIÈRE THÉRAPEUTIQUE

Premier Congrès international d'actinologie

Paris 22-27 juillet 1929, Grand Palais des Champs-Élysées

L'Institut d'actinologie organise le premier Congrès International d'actinologie, placé sous la présidence de M. le Professeur d'Arsonval et la vice-présidence de MM. les professeurs Fabry et Strohl.

Désirant que toutes les questions, ayant trait aux rayons ultra-violets dans tous les domaines, puissent être étudiées au cours de ce Congrès et sachant, d'autre part, que ces rayons présentent des applications de plus en plus nombreuses dans l'art dentaire, nous avons pensé qu'il serait intéressant de créer une section dentaire où seraient discutées les applications se rapportant à cette spécialité.

En vue de la formation de cette section, nous venons vous demander votre appui en vous priant de bien vouloir communiquer le programme ci-joint, de notre manifestation, aux membres de votre Société lors de la prochaine séance et de bien vouloir également faire publier ce programme dans votre prochain bulletin.

Je me permets d'insister tout particulièrement sur les points suivants : une séance spéciale sera entièrement réservée à cette section ; de plus, un cours élémentaire complet d'actinothérapie, gratuit pour les adhérents, sera fait à l'occasion du Congrès, toutes les notions utiles seront exposées et deux conférences seront spécialement consacrées à l'exposition de la technique des applications dentaires.

D'autre part, les Compagnies de chemins de fer ont accordé 50 % de réduction aux membres de notre Congrès.

Nous serions heureux de recevoir à cette occasion de nombreuses communications se rapportant aux applications des ultra-violets dans l'art dentaire ; lesdites communications devront parvenir au secrétariat général avant le 31 mai.

Adresser toutes communications au Dr Dufestel, Secrétaire général.

Langues officielles : Français, anglais, allemand, italien.

Section A : Rapports et discussions des rapports pour les questions suivantes :

1° Choix d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets utilisés en médecine ;

2° Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière ;

3° La valeur prophylactique des rayons ultra-violets ;

4° Le traitement des rhumatismes par les rayons infra-rouges.

Section B : Communications sur les sujets suivants :

Technique.	O. R. L.
Biologie et physiologie.	*Art dentaire.*
Médecine générale.	Ophtalmologie.
Chirurgie.	Art vétérinaire.
Pédiâtrie.	Applications industrielles.
Dermatologie.	

II. — Exposition internationale des appareils (22 au 27 juillet).

III. — Exposition rétrospective de la lumière (22 au 27 juillet).

IV. — Conférences sur les progrès récents accomplis dans les applications thérapeutiques de la lumière par des savants de divers pays (les 25 et 26 juillet).

V. — Démonstrations de techniques expérimentales de physique, physiologie et thérapeutique dans le domaine des ultra-violets et infra-rouges, par des savants de divers pays (les 26 et 27 juillet).

VI. — Cours élémentaire d'actinologie par le directeur et les collaborateurs de l'Institut d'actinologie. Deux leçons seront consacrées aux applications des rayons ultra-violets à l'art dentaire.

Réceptions diverses : à l'Hôtel de Ville, Théâtre. Excursions. Une réduction de 50 % est accordée par les grands réseaux français ; et une réduction de 30 % par le réseau belge.

Extrait du règlement. — La cotisation est fixée à 100 francs français pour les membres adhérents. Ceux-ci ont gratuitement accès à l'Exposition, aux séances du Congrès où ils peuvent prendre part aux discussions, aux conférences et aux démonstrations pratiques ; ils reçoivent en outre les comptes rendus du Congrès.

Les membres de la famille des congressistes sont admis à titre de membres associés moyennant le versement d'une cotisation de 50 francs français. Les membres associés bénéficient des mêmes avantages matériels que les membres adhérents, mais ils ne peuvent prendre part aux discussions ni aux votes et ne reçoivent pas les comptes rendus.

Les adhésions accompagnées de leur montant, doivent être adressées soit au Dr Dufestel, 150 *bis*, boulevard Péreire, Paris (15e), soit aux secrétaires nationaux (pour l'étranger). Pour éviter toute erreur, joindre une carte de visite.

Les titres des communications doivent être adressées dès que possible au Dr Dufestel : leur texte devra parvenir avant le 1er juin, accompagné d'un court résumé. Toute communication parvenant plus tard ne pourra vraisemblablement pas être publiée avant le Congrès.

Le programme détaillé sera envoyé, dès sa parution, à toutes les personnes qui en feront la demande.

48e RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE

La 48e réunion annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe (American dental Society of Europe) se tiendra à Grosvenor House, Londres, du 29 juillet au 1er août 1929.

CONGRÈS DES CHIRURGIENS-DENTISTES ALLEMANDS

Le 4e Congrès des chirurgiens-dentistes allemands aura lieu à Cologne, du 2 au 8 septembre 1929. Les confrères français y sont cordialement invités.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'AVIATION SANITAIRE

Commissaire général : M. R. CHARLET.

Du 15 au 20 mai 1929 se tiendra à Paris le *Premier Congrès international de l'Aviation sanitaire* sous le patronage de S. M. la Reine des Belges et de M. le Président de la République, la présidence d'honneur du Maréchal Lyautey et la présidence effective du Prof. Charles Richet, de l'Institut.

PROGRAMME GÉNÉRAL PROVISOIRE.

MARDI 14 MAI 1929.

Matin : A 9 heures, ouverture du Secrétariat, 26, avenue de l'Opéra. Remise des cartes pochettes, insignes, renseignements.

11 *h.* 30 : Audience de M. le Ministre des Affaires étrangères. Présentation des délégués et personnalités officielles.

17 *heures* : Réception des congressistes à l'Hôtel de Ville par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine.

21 *heures* : Ouverture solennelle du Congrès à la Sorbonne.

MERCREDI 15 MAI 1929.

9 *heures et* 14 *heures* : Séance de travail : Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques.

21 *heures* : Soirée théâtrale.

JEUDI 16 MAI.

9 *heures et* 14 *heures* : Séance de travail : Institut Océanographique.

Soir : Banquet.

VENDREDI 17 MAI.

9 *heures* : Séance de travail : Institut Océanographique.

11 *heures* : Hôpital militaire du Val-de-Grâce : Cérémonie à la mémoire du Médecin-Colonel Picque et des victimes tombées au service de l'Aviation sanitaire.

14 *heures* : Visite de l'Exposition des avions sanitaires à l'aérodrome de Villeneuve-Orly, exercice pratique d'évacuation sanitaire aérienne.

SAMEDI 18 MAI.

Excursion à Reims.

8 *heures* : Départ de Paris des avions sanitaires. Exercice de transport réel de blessés à grande distance.

8 *h.* 40 : Départ de Paris par chemin de fer.

10 *h.* 29 : Arrivée à Reims. Réception par l'Aéro-Club de Champagne.

10 *h.* 45 : Visite des Caves. Travail du champagne.

12 *h.* 30 : Banquet à l'Hôtel de Ville et réception par M. le Député Maire et les représentants de la Municipalité.

15 *heures* : Visite de la Ville.

19 *heures* : Dîner.

20 *h.* 30 : Retour à Paris par chemin de fer.

Prix global de l'excursion : 100 francs.

DIMANCHE 19 MAI.

Retour des avions sanitaires à l'aéroport d'Orly.

Pendant le Congrès, les modèles les plus récents d'avions sanitaires, français et étrangers seront exposés à l'aéroport de Villeneuve-Orly, où les congressistes seront admis à les visiter. Un service de transport sera prévu pour se rendre au terrain.

Une exposition de matériel sanitaire sera établie à l'entrée de l'Institut Océanographique au cours des journées où se tiendront les séances de travail.

Pour le programme scientifique, un certain nombre de questions ont été mises à l'ordre du jour et des rapporteurs ont été désignés.

Le français est la langue officielle du Congrès.

Par décision de M. le Ministre de la Guerre la présence au Congrès sera considérée, pour les *Officiers de réserve du Service de Santé* qui y prendront part, comme une période d'instruction militaire de *cinq jours* à défalquer de la durée normale des périodes régulières. Mais cette assimilation ne pourra comporter aucune dépense de soldes ou indemnités, ni aucun avantage de transport [1].

---

1. Sur présentation de leur carte de Congressiste, les membres du Congrès pourront recevoir au Secrétariat de l'Aéro-Club de France, 35, rue François-Ier, une invitation leur donnant droit à une réduction de 50 % sur le tarif des places de tribunes et de l'enceinte réservées des Journées Nationales de l'Aviation au polygone de Vincennes les 19 et 20 mai 1929.

Il suffira aux intéressés de justifier auprès du Directeur du Service de Santé de leur région de corps d'armée de leur présence effective au Congrès pour que leur soit décomptée la période dont la durée est indiquée ci-dessus.

Membres du Congrès. — Les inscriptions comme membre du Congrès sont reçues dès maintenant, soit au Secrétariat, 35, rue François-Ier, Paris (8e), soit au *Service touristique*, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1er).

Carte officielle. — La carte officielle du Congrès sera remise contre paiement de la cotisation. Il ne sera pas délivré de *carte de membre du Congrès* après le 15 avril 1929.

Cotisation. — Pour être *membre adhérent* du Congrès, il faut verser une cotisation de soixante francs.

Tout adhérent peut inscrire un ou plusieurs membres de sa famille en qualité de *membre associé*, ces derniers devront acquitter un droit d'inscription de trente francs et profiteront des mêmes avantages que les adhérents.

La qualité de membre du Congrès (adhérent ou associé) donne droit aux réductions sur les chemins de fer et les compagnies de navigation aérienne et maritime, à assister aux séances de travail, aux réceptions, au transport à l'aérodrome d'Orly. Visite des expositions, fêtes à Vincennes. Réceptions organisées spécialement pour les dames, présentation des mannequins chez les grands couturiers, etc...

Comptes rendus. — Le volume des comptes rendus sera envoyé aux membres du Congrès qui en feront la demande, accompagnée de la somme de vingt-cinq francs, lors de leur inscription.

Transport des congressistes. — Une réduction de cinquante pour cent sur le tarif normal a été consentie par l'ensemble des Grands réseaux de Chemins de fer français pour le transport des membres du Congrès.

De plus, des réductions ont été également consenties par les Compagnies de navigation aérienne et maritime.

Ces réductions ne porteront que sur le montant net des passages. Pour les obtenir, les membres du Congrès devront adresser une demande écrite au Commissaire général ou au Service Touristique, 26, avenue de l'Opéra, *avant le 15 avril* 1929, en indiquant la gare de départ.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ POUR COMBATTRE LES MALADIES PARA-DENTAIRES

TOELZ (Bavière) du 9 au 12 mai 1929

Le Syndicat officiel des Médecins dentistes de Bavière, l'Administration de la Ville d'eau de Toelz, et la Société pour combattre les maladies para-dentaires organisent pour le 9 (Ascension) au 12 mai 1929, à

Toelz, une séance scientifique à laquelle elle a l'honneur de vous inviter.

Au programme figurent entre autres les communications suivantes :

Dr Bonheim (Berlin). – L'organo-thérapie et les infections para-dentaires.

Prof. Dr Citron (Berlin). — Le rôle du thymus dans les maladies para-dentaires, et l'influence thérapeutique de l'iode.

Prof. Dr Kranz (Munich). — Les rapports de la sécrétion interne avec le système dentaire.

Prof. Dr Loos (Francfort). — Les infections para-dentaires, un problème de médecine générale.

Prof. Dr Spiro (Francfort). — L'arthritisme et les infections para-dentaires.

Prof. Dr Strauss (Berlin). — L'état général et les maladies para-dentaires — possibilités balnéologiques et climatologiques.

Dr Weimann (Vienne). — Le traitement à l'oxygène des infections para-dentaires.

Dr Weski (Berlin). — L'organe dentaire — les tissus para-dentaires, leur infection et leur traitement.

CORRESPONDANCE

Paris, le 26 février 1929.

Monsieur le Directeur de l'*Odontologie*.

Vous avez publié dans l'*Odontologie* du 30 janvier dernier un article sur les aciers inoxydables par le Dr Ch. Bennejeant. Cet article contient des erreurs et, vu qu'il met en cause les aciéries Fried Krupp A.-G., à Essen, dont je suis le concessionnaire pour la France, je vous prie par la présente d'insérer à la même place et dans votre prochain numéro la déclaration suivante :

1° Le métal Wipla est breveté en France, on ne peut donc pas proposer pour prothèses dentaires un métal ayant les mêmes qualités ; ceci constituerait une infraction au brevet français Krupp n° 518357 ;

2° Le métal Wipla contient environ 20 % de chrome (tandis que l'article prétend que cet acier était à teneur n'excédant pas 16 %) ;

3° Voici les caractéristiques mécaniques du Wipla et de l'Uranus :

MARQUE	LIMITE ÉLASTIQUE	CHARGE de RUPTURE	ALLONGEMENT	RÉSILIENCE
Wipla	38	80	46	25
Uranus 10	35	70	25	15

4° Le métal Wipla n'est pas fourni par la maison Krupp au prix de 3.000 à 4.000 fr. le kilog ; il y a évidemment confusion avec des articles fabriqués tels que couronnes, pivots, etc., qui du reste ne sont pas vendus au poids, mais à la pièce ;

5° Le Wipla se comporte non seulement bien, mais il est aussi *garanti absolument inaltérable en bouche* par les usines Krupp. En effet, les premiers dentiers en Wipla ont été posés il y a environ 10 ans ; aucune irritation de la muqueuse n'a pu être constatée chez les patients, et les plaques de dentiers ne présentent aucune trace de corrosion. Depuis, on a eu les mêmes résultats avec une centaine de mille de dentiers.

Je vous prie d'agréer, etc.

R. EINBECK.

Nous avons communiqué à notre collaborateur M. Bennejeant la lettre ci-dessus, à laquelle il a fait la réponse suivante :

Monsieur,

M. le Dr Roy, directeur du journal l'*Odontologie*, me transmet votre lettre du 26 février où vous déclarez relever les *erreurs* commises dans un article paru dans le numéro du 30 janvier 1929 sur *les aciers inoxydables*.

Je réponds à chacun de vos paragraphes :

1° Existence d'un brevet français Krupp, n° 518.357, concernant le métal Wipla.

Est-ce moi qui commets une erreur en ignorant ou en ne parlant pas de ce brevet ou vous, Monsieur Einbeck, qui en commettez une, sur la validité dudit brevet ?

Vous semblez ne pas être au courant de la législation des brevets d'invention française et, à votre insu probablement, vous les assimilez aux brevets allemands. En Allemagne, il existe un essai préalable du brevet qui fait que l'Etat garantit la nouveauté et la possibilité du brevet. En France, il n'existe rien de pareil, le brevet se donne, pour n'importe quoi, sans aucune garantie du Gouvernement. Certaines choses même, dans un but de progrès social, ne sont pas brevetables ou entachent de nullité les brevets les concernant : produits pharmaceutiques, alliages de fer et leurs applications.

De plus, dès le début de mon article, j'ai insisté sur l'*antériorité* de la fabrication des alliages fer-nickel-chrome en France où dès 1851 les premiers alliages de ce genre furent créés par les aciéries J. Holtzer, de Saint-Étienne. Cette Maison cependant du fait de notre législation n'a jamais pris de brevet sur la matière, ni d'ailleurs sur bien d'autres fabrications sidérurgiques. Les aciers inoxydables appartiennent au domaine public et actuellement vous n'avez guère d'aciéries françaises ou anglaises qui n'en fabriquent en toute liberté de qualités et de propriétés diverses.

Si vous aviez encore des doutes à ce sujet, Monsieur Einbeck, et que vous croyiez à la validité, en France, du brevet dont vous parlez, ce n'est pas seulement aux aciéries J. Holtzer qu'il faudrait vous en prendre, mais aux aciéries de Firmigny, de la Marine, de Pompey, d'Ugine, etc.. et même au Comité des Forges.

En ce qui me concerne, je n'ai d'autre intérêt à défendre que celui d'un modeste consommateur, je ne représente aucune aciérie ; c'est peut-être là qu'est mon erreur.

2° Le métal Wipla contient environ 20 % de chrome.

Si vous vous reportez à la figure 3 de l'article incriminé vous pourrez constater que la zone U R va de 8 à 26 % de chrome, le R majuscule étant coupé en diagonale par la teneur 20 % du graphique. Le texte

indique 16 %, de là, vient notre remarque. Je vous remercie de l'attention que vous avez apportée à la lecture de mon article, elle me permet de signaler cet erratum aux lecteurs de l'*Odontologie* :

26 au lieu de 16 % page 8.

3° Les caractéristiques mécaniques du Wipla et de l'Uranus.

Ni vous, ni moi, n'avons fait ces essais de choc et de traction. J'accepte sans discussion les chiffres que vous me donnez pour le Wipla et ceux que donnent les aciéries J. Holtzer pour l'Uranus.

4° La question du prix de vente.

Vous ne livrez pas de métal brut, je suis bien obligé de parler du prix du métal façonné. Je laisse nos confrères juges. Ils savent encore faire une règle de trois, ne vous déplaise.

5° L'inaltérabilité en bouche.

Deux cas différents :

a) Ou vous employez l'alliage fer-nickel-chrome seul et sans contact avec un métal précieux. Dans ce cas l'alliage se comporte bien ;

b) Ou vous employez l'alliage fer-nickel-chrome relié intimement à de l'or, à du platine ou à des alliages de ceux-ci. Dans ce cas je ne serais pas aussi affirmatif que vous semblez l'être sur l'inaltérabilité absolue de l'alliage fer-nickel-chrome.

Veuillez agréer, etc...

Dr Ch. BENNEJEANT.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Pierre Robin. — **Eumorphie. La glossoptose. Un grave danger pour nos enfants** (Ash et Cie), 12, rue de Hanovre, Paris).

L'ouvrage de M. Pierre Robin publié sous ce titre comprend une introduction, puis deux chapitres et une postface.

Le chapitre premier est consacré au confluent vital fonctionnel ; le chapitre second, à la glossoptose des nourrissons, à la têtée orthostatique fractionnée, la glossoptose des enfants, l'adénoïdisme, l'eumorphie, le traitement de la glossoptose par l'appareillage et la technique de celui-ci, la glossoptose des adultes et son traitement. Puis viennent des conclusions, une iconographie de dix pages, indépendamment des quarante-trois figures illustrant le texte, une bibliographie, des annexes, comprenant notamment des indications pour lutter contre l'adénoïdisme glossoptique avec six figures, l'hygiène quotidienne de la bouche avec six figures également, la liste des très nombreux travaux de l'auteur.

Après la table des matières, une postface contient diverses communications de l'auteur.

Dans ce volume de 187 pages est développée comme il convient la théorie dont M. Pierre Robin s'est fait l'ardent protagoniste.

Dr F. Niedergang. — **Défendez votre santé. Ce que tout le monde doit savoir au sujet des dents** (Librairie Le Francois).

Le Dr Niedergang vient de publier un petit volume de 118 pages dans lequel sont condensées les connaissances que le public doit posséder au sujet des dents.

L'ouvrage est divisé en neuf chapitres ayant pour titres : Ce que sont les dents. — L'hygiène des dents et de la bouche. — Les dents chez les enfants. — Les maxillaires chez les enfants. — Les dents chez l'adulte. — Les caries dentaires. — Les accidents de la dentition. — L'arthritisme dentaire ou pryorrhée alvéolaire. — La prothèse dentaire (les appareils).

Ces chapitres se terminent généralement par des maximes et des conseils utiles. Vingt figures illustrent ce petit livre pratique, d'un format commode.

Juan Chicote. — **Quelques conseils aux enfants sur l'hygiène dentaire infantile.**

Le Prof. Juan Chicote, qui dirige le Service dentaire des écoles municipales du quartier d'Aguirre, à Madrid, vient de publier, à l'usage des enfants, avec de nombreuses images pour les amuser, des conseils sur les soins des dents. Ce petit livre de 10 pages, inspiré par ce qui a été fait

déjà en Allemagne, aux Etats-Unis, en Angleterre, en Suisse et en France (par M. Bouland), comble une lacune. Il sera utile à la jeunesse scolaire espagnole et il y a lieu de féliciter l'auteur de l'avoir écrit.

HARVEY J. BURKHART. — **Soins de la bouche et des dents.**

Notre distingué confrère M. Harvey J. Burkhart, qui dirige, comme on sait, le Dispensaire dentaire de Rochester, vient de publier une petite brochure de 45 pages, d'un format très commode. Sous le titre *Care of the mouth and teeth*, l'auteur condense en cinq chapitres les connaissances que les profanes doivent posséder en matière d'hygiène dentaire : 1° Hygiène buccale ; 2° Soins des dents dans le bas âge et l'enfance ; 3° Triomphes de la dentisterie moderne et de la chirurgie buccale ; 4° Pyorrhée et autres infections ; 5° Rapports entre le régime alimentaire et les maladies des dents.

Dix-sept figures illustrent cet opuscule édité par Funk et Wagnalls Company, 354-360, Fourth Avenue, New-York (30 cents).

Livres reçus

M. J. L. T. Appleton, de l'Ecole de dentisterie de Philadelphie, Institut Evans (Université de Pensylvanie), nous a envoyé une série de vingt-deux brochures de titres et d'auteurs divers. Nous l'en remercions.

Changements de titres

La *Revue d'électrologie dentaire* a pris, depuis le 1er janvier 1929, le titre de *Revue dentaire internationale d'électrologie et de physiothérapie des cancers buccaux*.

Le *Boletin Dental*, publié à Buenos-Aires, s'appelle depuis janvier dernier *Boletin Dental Argentino*.

Le journal anglais *Oral Topics* a pris depuis janvier également le nom de *The Dental Magazine and Oral Topics*.

Nouveaux journaux

Nous avons reçu le premier numéro de *La Stomatologie*, bulletin de l'Association Stomatologique internationale.

Nous avons reçu le *Bulletin de la Société de Médecine d'Haïti*, paraissant tous les trois mois avec une Section odontologique. L'école de médecine et de pharmacie comprend, en effet, un département de chirurgie dentaire qui vient d'être réorganisé.

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

L'APPRENTISSAGE ET SON ORIENTATION

RAPPORT PRÉSENTÉ
PAR M. HENRI VILLAIN, Président de l'A. G. S. D. F.
A l'Assemblée générale du 7 avril 1929.

I. L'APPRENTISSAGE DU MÉCANICIEN POUR CABINETS ET LABORATOIRES DENTAIRES.
II. L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE.
III. LA CRISE DE L'APPRENTISSAGE : SES CAUSES, SES REMÈDES.

L'apprentissage étant depuis longtemps à l'ordre du jour dans presque tous les métiers, il nous a paru intéressant de ne pas nous contenter de simples observations prises seulement dans notre milieu, mais, au contraire, de puiser des arguments d'ordre général dans les différents rapports sur cette importante question étudiée par des hommes qui ne sont pas attachés à un métier en particulier, et qui voient l'apprentissage avec une telle largeur de vues et un si réel souci de l'équité qu'il est impossible de ne pas les admirer en les lisant.

Nous n'en citerons que deux qui se sont montrés de véritables apôtres en la matière :

M. Labbé, directeur général de l'enseignement technique au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ; M. Touzaa, directeur de l'Office départemental du Placement et de la Statistique du Travail à la Préfecture de la Seine.

I. — L'APPRENTISSAGE DU MÉCANICIEN POUR CABINETS ET LABORATOIRES DENTAIRES.

Examinons d'abord ce qu'est le métier de mécanicien pour cabinets et laboratoires dentaires, et, pour ne pas donner d'opinions trop personnelles ou trop restrictives, lisons ensemble la monogra-

phie établie par l'Office de Placement du Département de la Seine, en date du 15 janvier 1929.

Cette monographie, étudiée par les services de l'Office, fut présentée et discutée lors d'une réunion de la Commission paritaire de Placement composée par moitié de patrons et d'ouvriers.

On peut la trouver par trop brève et ne pas être tout à fait d'accord sur certains points secondaires, si l'on se place uniquement au point de vue du patron ou de l'ouvrier.

Elle n'en résume pas moins l'accord qui a pu se faire entre deux éléments qui doivent travailler ensemble et qui ont avantage à se placer au-dessus de leur personnalité pour ne voir que l'intérêt propre d'une profession tout entière sous le rapport corporatif et nous ajouterons même national.

Monographie établie par l'Office de placement du Département de la Seine.

Objet du métier. — Le mécanicien pour cabinet et laboratoires dentaires confectionne et exécute, d'après les ordres et les indications du chirurgien-dentiste, les appareils de prothèse dentaire, dents à pivot, pièces à plaque ou sans plaque (ces dernières appelées bridges ou ponts) et les appareils que pourraient réclamer certaines opérations de la face, de la bouche et des maxillaires.

Il utilise toutes sortes de matières, le plâtre, la cire, le caoutchouc vulcanisé ou vulcanite, le celluloïd, le zinc, le plomb, l'aluminium, certains alliages de métaux comme le maillechort et même le platine et l'or.

Par la délicatesse des travaux à effectuer, par leur diversité, par la variété de leur composition, par l'application, la patience, le soin et la minutie même qu'ils imposent, le métier rappelle celui de bijoutier.

Apprentissage et technique. — L'apprentissage du métier dure trois ans. Il se fait chez un chirurgien-dentiste, chez un mécanicien-dentiste ou chez un façonnier, patron employant des mécaniciens auxquels il fournit à la fois le travail et les matières premières nécessaires. Des cours professionnels, que donnent certaines écoles dentaires, aident à cet apprentissage.

L'apprenti est exercé d'abord au coulage de modèles en plâtre, puis au polissage des appareils, ensuite au raccommodage des pièces, à la confection des crochets, au soudage des métaux, à l'estampage des plaques d'or, à l'ajustage des dents artificielles sur des bases de caoutchouc et de métal, plus tard, à la confection des pièces difficiles, des couronnes et des bridges et au coulage de l'or.

En résumé, ces travaux successifs auxquels l'apprenti est initié,

constituent le programme de prothèse dentaire imposé aux élèves chirurgiens-dentistes pendant leur stage.

Malheureusement, dans la pratique, pendant ces trois années d'apprentissage, l'apprenti est trop fréquemment employé à des travaux accessoires qui le retardent.

Son apprentissage terminé, il sera *petit mécanicien*, puis, après quelques années, il deviendra *second mécanicien* ; enfin, après huit ou dix ans de métier (apprentissage compris), il deviendra seulement un ouvrier fini, c'est-à-dire *premier mécanicien.*

Cette profession évoluant constamment, il aura encore à se perfectionner dans certains travaux particuliers.

Aptitudes. — Le travail du mécanicien se fait presque toujours assis à l'établi ou debout, pédalant au tour. Il ne demande pas grande force. C'est un métier artistique exigeant d'heureuses dispositions pour le dessin et le modelage, ainsi qu'une habileté manuelle à acquérir. Il réclame surtout beaucoup de goût, de l'ordre, du soin, de la propreté et de la patience.

Le futur mécanicien aura une vue moyenne, compatible avec l'usage de verres, le toucher délicat, les doigts déliés et sûrs. Il s'intéressera à la construction des appareils et devra comprendre dans quel but ces appareils sont exécutés, d'où l'utilité pour lui d'une bonne instruction primaire, augmentée de notions générales de sciences et de connaissances précises sur la bouche et les dents.

Sans initiative, sans ingéniosité, sans discernement et surtout sans persévérance, il réussira difficilement.

Contre-indications. — On contre-indiquera le métier aux daltoniens, à ceux dont la vue se fatigue rapidement et ne peut être améliorée ou corrigée par l'usage de verres. Comme le mécanicien travaille généralement dans des locaux exigus, d'où les vapeurs d'acides et les résidus de la combustion des gaz des fourneaux s'évacuent difficilement, on interdira cette profession aux sujets dont les poumons sont faibles.

On en écartera encore les maladroits en dessin et modelage, et, au point de vue manuel, les nerveux, les impatients, les impulsifs, les malpropres et les désordonnés.

Conclusions. — Le métier de mécanicien pour cabinets et laboratoires dentaires est fort séduisant, il s'exerce en blouse blanche, sans surmenage, et peut convenir aux jeunes gens soucieux de garder une bonne tenue.

Mais l'ambition personnelle des apprentis de brûler les étapes de petit mécanicien, de second et de premier mécanicien, le manque de méthode, d'organisation et de contrôle dans la formation professionnelle, expliquent à la fois la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dont se plaignent chirurgiens-dentistes et façonniers et la fréquence du chômage que déplorent avec raison les mécaniciens.

***

Pour compléter cette monographie, j'emprunterai quelques lignes sur l'apprentissage vu en général, prises dans le remarquable ouvrage de M. Labbé, paru en 1928 :

« L'apprentissage est une nécessité sociale ». C'est une question qu'on a souvent traitée et sur laquelle il est peut-être difficile de trouver du neuf.

1° L'apprentissage de nos jours n'est plus et ne peut plus être ce qu'il fut au temps de l'atelier familial.

2° L'esprit dans lequel il doit être conçu et donné diffère ; on ne peut plus se contenter de faire acquérir à l'enfant, à l'apprenti, l'habileté manuelle seule, la partie mécanique du métier.

On doit l'élever au-dessus de cette pure pratique, c'est-à-dire lui faire connaître et comprendre les principes sur lesquels le métier s'appuie.

On ne se bornera donc pas à lui indiquer des méthodes, mais on lui en fera voir les raisons, de telle sorte qu'il puisse s'en inspirer en les adaptant aux besoins, aux cas nouveaux qui peuvent se présenter. Si l'on ne veut pas que l'ouvrier soit écrasé, annihilé par la machine, il faut le mettre en mesure de la diriger, c'est-à-dire de la comprendre.

Ainsi, on ne devra jamais perdre de vue que l'éducation de l'esprit doit marcher de pair avec l'éducation de la main. L'apprenti doit faire intelligemment son travail, connaître les matières premières qu'il emploie, se rendre compte des qualités indispensables aux outils qu'il met en œuvre.

Le but à atteindre est de former l'ouvrier, complet, habile, capable à un moment donné, au cours de sa carrière, soit de s'adapter aux conditions nouvelles de travail introduites par le progrès, soit de donner aux autres la connaissance du métier qu'il possède, de les diriger de telle sorte qu'ils puissent à leur tour retirer de leur travail tous les avantages qu'ils en attendent. L'apprenti d'aujourd'hui ne doit pas être seulement l'ouvrier de demain, il doit pouvoir, à son tour, être un moniteur et même un éducateur.

L'apprentissage est donc chose délicate et complexe. Nous allons voir dans quelles conditions il peut être réalisé.

II. — L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE.

Sur cette importante question voici l'avis autorisé de M. Labbé :

Recrutement des apprentis. — L'ouvrier doit d'abord avoir les aptitudes qui correspondent à son métier. Or, cela ne se produit point au hasard. Beaucoup d'hommes exercent des métiers pour lesquels ils ne sont pas faits, soit parce qu'ils n'en ont pas les qualités, soit parce qu'ils y sont inaptes intellectuellement ou moralement. Naturellement ces hommes travaillent avec peine et n'obtiennent que des résultats médiocres. Ils continuent cependant, car le changement de métier est, à partir d'un certain point, difficile mais ils sont toujours dans une situation fausse.

Pour qu'un homme réussisse pleinement dans son métier, il faut qu'il en réalise le type, qu'il ait choisi ou qu'on lui ait fait choisir celui qui lui convient le mieux, en un mot, qu'il ait subi une orientation professionnelle. Et c'est pourquoi l'orientation professionnelle est le premier élément de l'apprentissage.

Si le recrutement des apprentis est fait suivant une méthode logique, si, dès l'école primaire, on aide l'enfant à suivre sa vocation et à se déterminer pour le métier le plus conforme à ses aptitudes, on aura donné à l'apprentissage une base solide, supprimé une des causes les plus puissantes des misères et des inquiétudes de l'adolescence.

Il s'agit là d'une œuvre sérieuse et difficile, qui ne peut sortir d'un examen rapide, et qui suppose non seulement une connaissance approfondie de l'enfant et des métiers, mais encore une véritable période d'essai, de tâtonnement, d'initiation, ce qu'on a nommé le préapprentissage.

Enfin, en terminant cette étude, M. Labbé préconise la création de cours professionnels comme étant le complément nécessaire de l'apprentissage pratique.

Et comme corollaire à cet apprentissage pratique et théorique une sanction :

Il faut que l'apprenti puisse faire la preuve publique qu'il est vraiment à sa place, dans le métier qui lui convient, qu'il en connaît la pratique et la théorie et que s'il n'est pas « maître en son art », il est, du moins, capable de l'exercer avec une compétence suffisante. Cette preuve, elle lui est utile pour lui-même comme un témoignage valable en tous lieux de sa valeur professionnelle, mais elle n'est pas moins utile aux employeurs à qui elle fournit la garantie la plus sûre pour le recrutement de leur personnel.

Cette sanction, c'est la propagation du certificat d'aptitude professionnelle et du brevet professionnel, le premier marquant la fin du

premier apprentissage, le second, la possession complète du métier.

A cette étude théorique de l'orientation professionnelle il est utile d'ajouter qu'il existe à Paris un service d'orientation professionnelle créé par une délibération du Conseil général de la Seine en date du 29 décembre 1920 et annexé à l'Office départemental du Placement de la Seine.

Afin d'en comprendre l'idée généreuse et le fonctionnement, nous ne pouvons mieux faire que de vous mettre sous les yeux le dernier rapport du directeur, M. Touzaa, sur l'activité de ce service.

Office départemental de placement de la Seine.

Orientation professionnelle.

L'activité du Service d'orientation professionnelle peut être considérée sous un double aspect, suivant qu'on l'envisage dans les milieux scolaires, à l'extérieur, par conséquent, ou au sein même de l'Office, dans le local qu'il partage avec les Services centraux, 16, rue de l'Abbaye.

A. — Activité extérieure (dans les écoles).

Cette activité consiste à prendre en charge un certain nombre d'écoles de Paris et de la banlieue (30 pour l'année scolaire 1928-29) et à s'assurer la collaboration :

1° *Du personnel enseignant ;*

2° *Du corps médical ;*

3° *Des familles*

pour l'orientation des enfants appartenant, en principe, aux classes de certificat d'études de ces écoles.

Rapports avec les directeurs et les directrices d'écoles. — La collaboration du personnel enseignant est sollicitée d'abord pour créer, par des moyens appropriés (textes, maximes, tableaux de métiers, monographies), une *ambiance* favorable au problème de l'orientation professionnelle, ensuite pour recueillir les renseignements d'*ordre scolaire et intellectuel* qui permettront à l'orienteur de donner les conseils d'orientation.

Rapports avec l'inspection médicale. — L'inspection médicale, représentée par le médecin scolaire et l'infirmière (assistance scolaire), est invitée à procéder aux *mensurations* de l'enfant, à orienter, et à fournir sur lui, après un examen attentif, les *renseignements physiologiques* susceptibles d'aider l'orienteur, tout au moins dans la *recherche des contre-indications.*

Rapports avec les familles. — Le Service d'orientation professionnelle se préoccupe d'éclairer les familles sous les formes les plus diverses (distribution de tracts de propagande, organisation de visites professionnelles, entretiens) et, s'abritant derrière l'autorité morale du directeur

d'école, il répond aux demandes de renseignements qu'elles sont amenées à formuler sur les exigences des métiers et sur les chances que leurs enfants ont d'accéder à ces métiers et d'y réussir.

B. — ACTIVITÉ INTÉRIEURE.

Tracts de propagande. — Cette activité est fonction de la précédente. A l'œuvre de *vulgarisation* que le Service d'orientation professionnelle poursuit dans les milieux scolaires, correspondent l'*élaboration des tracts de propagande*, la correspondance avec les familles sur le choix fait par l'enfant, la préparation des renseignements que doit fournir l'école.

Visites professionnelles et monographies professionnelles. — A la création de l'ambiance professionnelle de la part des maîtres (préorientation professionnelle) correspondent l'organisation des visites d'écoles professionnelles, d'ateliers-écoles, l'établissement de *monographies* professionnelles pour lesquelles l'expérience des commissions paritaires de l'Office est sollicitée.

Fiches individuelles. — A l'étude de l'enfant à orienter au triple point de vue médical, scolaire et psychologique, correspond l'établissement de questionnaires que l'Ecole est invitée à remplir et dont les réponses sont consignées sur une *fiche individuelle*, conservée au Service.

Consultations sur place. — L'action que le Service exerce auprès des familles par l'intermédiaire de l'Ecole a pour effet d'amener ces dernières à venir le consulter sur place, notamment lorsqu'il s'agit de cas difficiles et embarrassants.

Placement en apprentissage. Rapports avec les Services de l'Office. — Le résultat de ces entretiens avec les parents aboutit généralement à un placement en apprentissage, pour lequel le concours des sections de l'Office Départemental de Placement est demandé.

Le Service d'orientation professionnelle se préoccuppe également de suivre l'apprenti dans son travail, s'informant s'il donne satisfaction à son patron et s'il trouve dans la place les garanties que lui-même et ses parents sont en droit d'exiger.

Rapports avec les Comités de patronage d'apprentis. — Pour assurer cette surveillance de l'apprenti, prolongeant en quelque sorte son action, les Comités de Patronage d'apprentis, qui siègent dans les Mairies, lui fournissent un concours précieux, sous forme d'enquêtes auprès de l'établissement où l'enfant est placé.

Documentation. — Une grande partie de l'activité du Service d'orientation consiste à rassembler la documentation qui lui permettra à la fois de former ses cadres, et de renseigner les personnes qui viennent le consulter.

Bibliothèque professionnelle. — L'organisation d'une bibliothèque professionnelle à l'usage du public n'est encore qu'en projet, mais les nombreuses publications que le Service reçoit et dont il assure le dépouillement pourraient servir à en constituer les premiers éléments.

Schéma de l'intervention dans les écoles du Service d'orientation professionnelle.

L'orientation s'effectue en trois périodes sur l'ensemble de l'année scolaire, de préférence dans les classes dites de certificat d'études (Cours supérieur B).

Première période. — Le problème de l'orientation professionnelle est posé dans l'école après la création d'une ambiance appropriée faite au moyen de *tableaux de métiers, maximes* et *textes*, au moyen de la lecture expliquée : « aux écoliers de France ». Les élèves choisissent un premier métier, puis un second. L'école fait naître ensuite la préoccupation de l'orientation professionnelle dans la famille, en l'interrogeant sur les choix de l'enfant et en lui offrant les renseignements dont elle peut avoir besoin. L'école est l'intermédiaire précieux entre l'Office et les enfants ou leurs familles.

La *deuxième période* est employée :

1° A éclairer les enfants et les familles sur les métiers et leurs exigences par des *monographies* et par des *visites d'Ecoles professionnelles.*

2° A recueillir des renseignements sur les élèves à orienter, auprès du personnel enseignant et de médecins-inspecteurs, renseignements de tout ordre, destinés à constituer un dossier individuel sur *fiche* conservée au Service d'orientation professionnelle.

La *troisième période* est employée à donner la solution du problème. Les parents font connaître leurs intentions dans un *questionnaire* qui, confronté avec la fiche individuelle, fait apparaître les *contre-indications* et dégage les *conseils* à suggérer aux enfants et aux parents.

III. — La crise de l'apprentissage : 1° Ses causes ; 2° Ses remèdes.

1° *Ses causes.* — D'après M. Labbé, la crise de l'apprentissage a toujours existé à des degrés différents ; cependant, il admet que, depuis la crise de 1902, la guerre est venue, qui a décimé notre jeunesse, vidé les ateliers et les comptoirs, provoqué pour de longues années une terrible pénurie de main-d'œuvre.

Les causes auxquelles on attribue, le plus généralement, la « crise » de l'apprentissage apparaissent nombreuses et diverses. Leurs effets ne résultent pas seulement de leur accumulation, mais parfois de leur interaction.

En vertu de considérations un peu théoriques, on donne comme origine de la « crise » :

a) La disparition du régime corporatif, avec ses lois réglemen-

tant étroitement les rapports du patron, de l'ouvrier, ou compagnon, de l'apprenti.

b) La suppression progressive du contrat d'apprentissage.

C'est, du moins en ce qui concerne le premier point, remonter peut-être bien haut et rapprocher des époques et des situations difficilement comparables. Les conditions de la vie diffèrent profondément de l'une à l'autre ; quant au contrat d'apprentissage, il ne fait, en somme, que constater et consacrer un état de choses existant, il est par lui-même inopérant pour assurer le développement, voire le maintien d'un système quel qu'il soit.

On invoque aussi des raisons d'ordre économique, qui sont plus actuelles et plus probantes.

La grande industrie ne pouvant vivre et prospérer que par la production intensive a dû recourir à la méthode de la division du travail par la simplification des tâches élémentaires. Il n'en résulte pas l'inutilité de l'apprentissage, mais, en fait, il faut convenir que sa durée a été singulièrement raccourcie ; il ne s'agit plus, en effet, de former un ouvrier complet, mais simplement de dresser un spécialiste, ce qui peut être ou devenir un danger, si la spécialisation reste trop étroite ou trop exclusive.

La division du travail, la spécialisation de l'ouvrier, conditions de la production intensive, ont, en vue même de cette production, créé la tendance plus ou moins généralisée à la rémunération du travail aux pièces. Cette pratique s'oppose de façon presque absolue à ce que l'ouvrier s'intéresse au travail de l'apprenti, le dirige, le conseille, fasse en un mot, son éducation professionnelle à l'atelier. Son temps, c'est de l'argent ; s'arrêter, c'est diminuer sa production, c'est, en même temps, diminuer son salaire.

L'apprenti dont la présence sera plutôt une gêne sera donc, en général, délaissé.

Ces raisons d'ordre général s'appliquent parfaitement à notre profession en considérant ce qui se passe dans les grands ateliers de façonniers.

Il y a seulement 25 ans, chaque dentiste ou presque, possédait son atelier attenant à son cabinet et dans lequel travaillaient un ou plusieurs mécaniciens aidés d'un ou deux apprentis. Les ateliers à façon étaient peu nombreux en France, et, en Amérique, presque complètement inconnus.

Aujourd'hui, au contraire, devant les difficultés à se procurer

la main-d'œuvre, devant le coût d'entretien d'un atelier, un grand nombre de dentistes ont supprimé leur laboratoire.

C'est pourquoi les ateliers à façon deviennent de plus en plus nombreux en France et qu'en Amérique ils sont légion et vont jusqu'à employer des centaines d'ouvriers.

Loin de nous l'idée de blâmer ces courageux ouvriers qui surent se créer une situation indépendante.

Nous constatons simplement le fait et sommes bien obligés de conclure que là, comme dans les ateliers cités plus haut par M. Labbé, il a fallu spécialiser les ouvriers, les amener à un rendement plus intense et, comme conséquence, délaisser les apprentis.

A côté de cette préoccupation de gain, on a pu noter, parfois un autre mobile, moins excusable. Pour certains, l'apprenti d'aujourd'hui est le concurrent de demain ; en favoriser le recrutement, contribuer à sa formation, lui faire connaître les finesses du métier, c'est lui fournir des armes pour la lutte, lutte d'autant plus âpre et plus ardente que le nombre de ceux qui pourraient y participer sera plus grand.

Conception bornée, sans doute, et qui conduit au malthusianisme économique. Elle n'en a pas moins des adeptes résolus, sinon éclairés, dans certains milieux insuffisamment conscients de ce que l'on doit aux autres et à soi-même.

Une autre cause résulte des difficultés actuelles de la vie, du coût toujours croissant de l'existence, de la nécessité de tirer parti le plus rapidement possible du travail de l'enfant. En effet, le temps d'apprentissage est peu productif. Pour un gain immédiat, on sacrifie inconsidérément au présent qu'on voit, l'avenir qu'on ne voit pas. Mais ce qui vient, sanctionne les fautes, sinon les coupables, puisqu'il punit dans le mauvais ouvrier l'enfant qu'on a privé d'un apprentissage digne de ce nom.

Enfin, on fait aussi entrer en ligne de compte, parmi les éléments dans l'explication de la « crise », notre faible natalité ; dans les années présentes cette crise se fait particulièrement sentir. En effet, les jeunes gens qui sont prêts à rentrer en apprentissage sont des enfants nés de 1914 à 1916.

Ces années correspondent au début de la guerre où les naissances furent justement très restreintes. Si nous en croyons les chiffres qui nous furent donnés, il y aurait pour cette année un déficit de jeunes gens susceptibles d'entrer en apprentissage de 1.100.000.

Citons encore une cause qui sévit avant guerre du fait de l'application de certaines lois protectrices de la main-d'œuvre juvénile, et qui gênaient certains employeurs, au point que beaucoup de ces derniers refusaient de faire des apprentis.

Ce fut, entre autres, la loi de 8 heures pour les apprentis, alors que les ouvriers continuaient à faire 10 heures de travail.

Les causes que nous venons d'exposer s'appliquent à tous les métiers en général, et sont les principales.

Dans notre profession, il en existe un certain nombre moins importantes, d'ailleurs, mais qu'il ne faudrait tout de même pas négliger, il vaut mieux juger ces adversaires à leur juste valeur, plutôt que les méconnaître. Il existe, dans certaines parties de la France, et en particulier à Paris, des Syndicats de mécaniciens qui mènent une lutte très âpre contre l'apprentissage.

C'est ainsi qu'on peut lire dans chacun des numéros de leur organe corporatif, mis en gros caractère, au bas de plusieurs pages, cette phrase laconique :

Camarades mécano, ta profession est encombrée, ne fais pas d'apprentis. Plus un seul apprenti tant qu'il y aura un seul chômeur.

On a pu également, sur des convocations expédiées par la poste, voir au dos de l'enveloppe la non moins laconique inscription suivante :

Parents, ne faites pas de vos enfants des mécaniciens-dentistes. Cette profession est encombrée, les salaires y sont dérisoires.

La crise de chômage est-elle réelle chez nos mécaniciens ? Voilà ce qu'il faudrait prouver.

Pour notre part nous ne le pensons pas, car en février, à une de nos dernières réunions de l'Office de Placement, la question fut posée aux représentants ouvriers.

La réponse ne se fit pas attendre : en tout et pour tout deux ou trois chômeurs ; devant un nombre aussi restreint, nous n'avons pas osé demander si ces chômeurs n'étaient pas plutôt des implacables comme il y en a dans tous les métiers.

Et pour continuer leur action contre « l'apprentissage en série » comme ils disent, ces syndicalistes par trop fervents adressent chaque année une circulaire à tous les directeurs d'écoles primaires pour les dissuader de diriger les enfants vers cette profession déjà surchargée, prétendent-ils... alors qu'il est de notoriété publique

qu'il est très difficile de trouver un excellent mécanicien même en le payant très cher.

Ils pensent ainsi, selon leur propre expression « déblayer leur métier ».

Cette circulaire, qui jusqu'à présent ne fut envoyée, paraît-il, qu'aux directeurs des écoles primaires de Paris, est ainsi libellée :

« Monsieur le Directeur,

« Nous touchons à la fin de l'année scolaire. Parmi vos élèves, les plus âgés vont quitter l'école et leurs parents devront pour eux faire choix d'une profession.

« Moment grave entre tous, puisque de leur décision dépend l'avenir de l'enfant.

« Nombre de parents, à ce moment, vous consultent, vous et les instituteurs. Vous basez votre jugement sur les qualités morales, intellectuelles et manuelles de l'enfant. Mais, il est d'autres facteurs qui doivent retenir votre attention, entre autres l'état du marché du travail dans certaines professions.

« Le Traité de Versailles a proclamé que « le travail n'est pas une marchandise ». Le travail est hélas ! resté une marchandise ; l'offre et la demande déterminent en général les conditions d'embauche, sauf dans les professions où les ouvriers sont parfaitement organisés.

« Notre profession est surchargée et ses membres, en général, non organisés.

« Depuis plusieurs années, nous luttons pour réduire cette pléthore. L'an dernier, à pareille époque, nous vous avons adressé une circulaire semblable. Nous recommençons cette année, car nous savons que les organisations patronales de notre profession se sont émues de nos campagnes. Nous savons qu'elles veulent à tout prix augmenter cette pléthore, sans se préoccuper si elles contribueront ainsi à aggraver la situation déjà si difficile des mécaniciens-dentistes.

« A chaque instant, nous voyons de jeunes ouvriers, ayant terminé leurs trois années d'apprentissage, ne trouvant pas à s'employer comme mécaniciens-dentistes, obligés de chercher leur gagne-pain ailleurs.

« Il ne peut plus être question pour eux de recommencer un apprentissage dans une autre profession, ils s'en vont grossir le nombre des sans-métiers, des manœuvres. Ils restent, sur le marché du travail, des diminués.

« Ou bien, arrivant à se placer, ce sera, la main-d'œuvre étant abondante, à des conditions dérisoires.

« En conséquence, nous vous mettons en garde contre les offres d'emploi d'apprentis qui pourraient vous être faites, aussi alléchantes qu'elles

pourraient vous paraître. Ne vous laissez pas éblouir par le mirage d'un titre : *Mécanicien-dentiste*, il cache bien des misères.

« Nous vous serions bien obligés de porter cette circulaire à la connaissance de MM. les Inspecteurs et de vos élèves.

« C'est en nous excusant d'avoir accaparé quelques instants de votre temps si précieux que nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, nos civilités empressées.

« Pour le Conseil et par ordre »
« *Le Secrétaire* ».

En outre des causes que nous venons cependant d'étudier déjà longuement, il en est d'autres que nous ne pouvons passer sous silence.

Beaucoup de dentistes refusent de prendre des apprentis, comptant sur le bon vouloir de leurs confrères pour leur préparer des mécaniciens pour l'avenir. Que ceux-là ne viennent pas se plaindre plus tard de la pénurie de ces derniers, ils en auront leur large part de responsabilité.

D'autres, au contraire, en cherchent, mais trop souvent, car, au bout d'une année d'exploitation éhontée, et quelquefois moins, le jeune homme qui a passé son temps à ouvrir la porte ou à distribuer des prospectus devant la boutique s'aperçoit que de son métier il n'apprendra jamais rien. Désabusé, le jeune apprenti abandonne l'atelier, ne voulant pas risquer d'être à nouveau exploité.

Un autre facteur, important également, est le salaire ou plutôt l'indemnité que nous avons coutume d'offrir aux apprentis qui se présentent à l'embauchage. Nous reviendrons sur cette question dans le paragraphe des remèdes.

Si la crise de l'apprentissage existe déjà, c'est la crise des mécaniciens qui se prépare et qui, d'ailleurs, se fait déjà sentir en province.

Quelles en sont donc les causes ?

C'est d'abord l'accès facile des études au grade de chirurgien-dentiste. Les mécaniciens les plus intelligents, les plus habiles, s'ils n'ont pas trop de charges de famille, font naturellement leurs études et restreignent ainsi forcément le nombre des travailleurs de ce métier. Nous sommes les derniers à les en blâmer, qu'ils en profitent tant qu'ils le peuvent, ils font en général d'excellents techniciens.

Un fait à remarquer, c'est que dans cette profession il n'y a pas de vieux ouvriers, ou il y en a peu. Que deviennent-ils ?

Cette catégorie d'ouvriers est certainement au-dessus de la moyenne des ouvriers ordinaires comme mentalité et comme éducation.

Ce fait a d'ailleurs frappé les employés et les dirigeants de l'Office de Placement qui s'occupent de cette branche depuis le mois de juillet dernier.

A un certain âge, le mécanicien ne veut plus rester ouvrier ; ou il a fait ses études pour devenir chirurgien-dentiste, ou il s'est établi façonnier, ou il quitte le métier et souvent s'installe dans un petit commerce.

Si à côté de la crise de l'apprentissage nous vous avons esquissé la pénurie future des mécaniciens, c'est bien pour vous montrer et vous convaincre qu'il faut en chercher les remèdes.

Si nous ne trouvions pas de remèdes à cette situation, dans dix ans, et peut-être même avant, nous n'aurions plus de mécaniciens ou si peu qu'il faudrait les payer à prix d'or. C'est d'ailleurs bien ce que cherchent les syndicats ouvriers en ne voulant pas faire un seul apprenti. Restreindre la main-d'œuvre a toujours été le fait classique qui mène à l'augmentation des salaires.

Il ne faudrait pas croire que les dentistes ayant chez eux un atelier avec un ou plusieurs ouvriers souffriraient seuls de cette pénurie de mécaniciens.

Les façonniers qui ont besoin d'un bien plus grand nombre d'ouvriers et qui, jusqu'à présent, paient, cela se conçoit, moins bien ces ouvriers, seraient les premiers sans doute à en souffrir et naturellement, par voie de conséquence, les dentistes qui donnent à façon leur travail supporteraient, en dernier ressort, ce manque de main-d'œuvre sous forme d'un surcroît de dépenses considérables qui en résulterait.

2° *Ses remèdes.* — Nous avons vu dans les deux premiers chapitres de ce rapport, comment les pouvoirs publics, c'est-à-dire la Direction de l'Enseignement technique, d'une part, et l'Office départemental de Placement d'autre part, avaient compris leur rôle dans cette grave question nationale de l'apprentissage en France et de son orientation professionnelle.

Il existe également d'autres organismes très importants qui ont déjà rendu de grands services à la cause de l'apprentissage, ce sont les Comités de patronage des apprentis. Ils fonctionnent dans pres-

que toutes les mairies de Paris et du département de la Seine et dans un grand nombre de villes de France.

En présence :

a) De la crise réelle de l'apprentissage dans notre profession,

b) De la lutte à outrance organisée par les syndicats ouvriers qui dissimulent à dessein la vérité.

Notre devoir est de nous défendre par tous les moyens en notre pouvoir et nos syndicats professionneles doivent s'y employer de toutes leurs forces.

Pour ce faire, le moyen le plus sûr et pouvant rendre le plus rapidement possible les services que nous attendons est de nous mettre en rapports avec les organismes qui existent, qui ont été créés pour cela et qui ne demandent qu'une chose : collaborer avec les représentants de chaque profession.

Les principaux, nous le répétons, sont :

Les Comités départementaux de l'Enseignement technique ;

Les Services d'orientation professionnelle des Offices départementaux de Placement ;

Les Comités de Patronage des Apprentis.

Par l'intermédiaire de ces puissants organismes partout où ils existent, nous pouvons agir, nous pouvons les devancer, par l'envoi de monographies du genre de celle publiée au début de ce rapport et due au Service d'orientation professionnelle de l'Office départemental de placement à la Préfecture de la Seine, faire dans les écoles primaires, l'année du certificat d'études, au moins une fois l'an, une conférence sur le métier de mécanicien. Nous savons que ces conférences existent déjà à Paris où des professionnels qualifiés, parlent devant un auditoire de jeunes élèves assistés de leurs parents sur la profession qu'ils connaissent bien.

Et, souvent, nous a-t-il été soutenu par un des membres les plus influents de l'un des Comités de Patronage des apprentis de Paris, des enfants que les parents avaient destinés à être grooms ou manœuvres changèrent d'opinion à la suite de l'une de ces conférences et apprirent un métier. Evidemment les parents n'avaient vu que leur intérêt immédiat, sachant bien qu'un groom, par exemple, dans un établissement à la mode, peut toucher de gros pourboires et tout de suite rapporter au foyer familial. La conférence rappela aux parents leurs devoirs et ouvrit les yeux de l'enfant pour lui faire comprendre que son avenir était en jeu.

On pourrait pour rendre la conférence plus attrayante y faire passer un film du métier exécuté avec le concours de techniciens et de pédagogues.

Il existe encore un mode plus moderne, et peut-être encore insuffisamment employé, ce sont les conférences par téléphonie sans fil qui peuvent toucher des milliers d'individus, à la fois, parents et enfants sans en déranger un seul.

Enfin, parmi les remèdes, il en est de faciles à mettre en pratique par tous les dentistes si nous voulons préparer l'avenir en faisant de véritables collaborateurs compétents et attachés à leur métier.

1° Reprenons l'habitude de nos pères, acceptons des apprentis, facilitons-leur par un enseignement pratique et, à l'heure actuelle, théorique, partout où cela est possible, le moyen de bien apprendre leur métier, de devenir d'habiles ouvriers.

2° Il faut absolument réviser nos salaires d'apprenti, et bien se pénétrer que nous ne sommes plus aux temps héroïques où il fallait payer pour apprendre un métier.

Aujourd'hui, au contraire, il faut payer et largement si vous voulez ramener à la cheville des jeunes gens qui s'égarent et vont grossir l'armée des « sans métier » comme on les appelle en désignant ceux qui ne produisent pas et sont un poids mort dans une grande démocratie comme la nôtre.

Pour conclure. — Nous nous excusons de cet exposé qui a pu vous paraître un peu long, mais la question en valait la peine, et vous penserez avec nous que, si nous avons travaillé pour le bien de notre profession, nous contribuerons, dans l'avenir, si nous réussissons, au grand renom de la prothèse dentaire en France.

Permettez-nous de remercier très sincèrement ceux qui nous ont fourni la plus grande partie de ce travail, M. Touzaa, et plus particulièrement M. Labbé, à qui nous emprunterons pour terminer cette généreuse pensée :

« L'antiquité n'a connu que neuf Muses, elle a dédaigné la dixième, celle du Travail. C'est elle que nous invoquons. N'est-ce pas la plus humaine, la plus sacrée, la plus noble ? »

Discussion.

M. G. Viau. — Comme on vient de le dire, l'heure a été mal choisie pour cette assemblée générale, c'est pour cela que nous sommes si peu nombreux ; vraiment, j'exprime la peine que j'ai de voir qu'un travail

aussi important, aussi sérieusement traité que celui que vient de faire mon ami H. Villain, n'ait pas eu les applaudissements qu'il mérite. Je trouve ce travail d'une importance considérable au point de vue *professionnel*, au point de vue *moral* et au point de vue *social*. Nous n'avons peut-être jamais eu un rapport aussi digne de félicitations ; je regrette de ne pas pouvoir le dire avec le talent que je ne possède pas, mais j'espère que nous allons lire à tête reposée ce travail de premier ordre (*Applaudissements*).

M. Haloua. — Je m'associe entièrement aux félicitations de notre sympathique et vénéré, M. G. Viau, et je demande si ce travail, qui semble recueillir toutes les approbations, ne pourrait pas être envoyé à tous les syndicats et groupements professionnels. Il paraîtra dans *l'Odontologie*, il me paraît donc qu'on pourrait faire un tirage à part et l'adresser aux groupements précités. Je prie M. le Président de bien vouloir mettre cette proposition aux voix.

M. Brodhurst. — Cette question d'artisanat préoccupe toutes les corporations ; vous pouvez la voir discuter dans tous les milieux professionnels quels qu'ils soient : bijoutiers, couturiers, etc. etc. ! Je suis enchanté que notre Président s'en occupe avec son habituelle activité et suis persuadé que, sous son heureuse initiative, l'Association va continuer dans cette voie si ardue et si nécessaire à notre profession ; car tous vous savez combien il est difficile, malgré ce que peut dire la section dentaire de la C. G. T., de nous procurer des apprentis et de bons ouvriers. Tout l'artisanat en France a toujours été une source de richesse pour le pays ; la démocratie actuelle se doit de fournir à ses enfants des quantités d'ouvriers et apprentis qui, plus tard, par leur technique manuelle irréprochable, contribueront au bon renom d'une France toujours plus grande, et je suis persuadé que notre Président actuel sera des premiers à arriver à donner tout l'essor voulu à cette question si importante.

M. de Cros. — Je tiens à féliciter ici, comme Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, M. Henri Villain, pour le travail excessivement important qu'il a fait sur l'apprentissage. Cet apprentissage, nous savons combien il nous est utile. Certes, nous trouvons des mécaniciens ; mais des mécaniciens qui soient réellement des mécaniciens qui sachent travailler, nous en trouvons de moins en moins ; nous avons à lutter actuellement contre le Syndicat des mécaniciens, qui, dans un esprit excessivement égoïste et regrettable en tous points pour la profession, empêche par des circulaires dans les Ecoles, les jeunes gens de se préparer à cette profession de mécanicien pour dentiste qui, pourtant est très lucrative. Comme on le disait tout à l'heure, c'est une question qui intéresse tous les groupements professionnels, d'autant plus que de moins en moins nous trouvons de ces collaborateurs qui, jadis étaient des employés dévoués avant qu'ils aient un syndicat ouvrier de méca-

niciens pour dentistes ; et par la méthode que nous indique M. Villain, peut-être, espérons-le tout au moins, pourrons-nous arriver à avoir des collaborateurs beaucoup plus nombreux et plus dévoués.

Aussi je m'associe complètement aux félicitations de notre confrère et ami M. Viau et de M. Haloua qui demande un tirage à part du rapport de M. Villain et l'envoi de ce travail à toutes les Sociétés. Je demanderai, comme Président du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, qu'on veuille bien m'en faire parvenir pour que je puisse les adresser à tous les groupements qui font partie du Groupement fédéral.

M. Luc. — Messieurs, je veux d'abord vous remercier d'avoir accueilli quelqu'un qui n'est pas un dentiste à cette Assemblée générale ; celui qui vient, a du moins le mérite, sinon d'appartenir à votre profession d'en être l'ami.

Parmi les signes de progrès, de civilisation, je ne crois pas qu'il y en ait de plus notable que le progrès même de votre profession ; elle est indispensable à l'hygiène et je crois qu'il n'y a de civilisation vraie qu'avec les progrès de l'hygiène publique. C'est donc une raison pour que quelqu'un attaché à l'Administration vienne parmi vous pour assister à l'excellent travail que vous faites pour donner à votre métier la forme scientifique, rationnelle qu'il doit avoir.

J'en ai une autre : c'est que ma spécialité m'attache au problème que M. Villain vient de traiter devant vous avec une sagesse, une précision que je ne saurais trop applaudir : c'est la question de l'apprentissage. Toute notre activité est dominée par des formules très simples que je crois vraies, c'est que pour faire un métier il faut l'apprendre ; on a pu apprendre un métier voisin, ce n'est peut-être pas suffisant pour avoir des lumières dans tout. Nous croyons que pour être un bon dentiste, il faut avoir appris son métier ; nous croyons aussi que pour l'apprendre il faut le connaître et l'aimer.

Nous croyons donc que pour lutter contre la pénurie d'apprentis dont votre corporation, dont la corporation des mécaniciens-dentistes est atteinte à l'heure actuelle, il n'y a qu'un moyen : c'est de faire une large publicité. Cette publicité, à l'encontre de certaines formes de publicité, doit reposer sur la vérité, et j'ai été très frappé et très heureux de vous entendre dire tout à l'heure autant de choses vraies. Vous avez dit à ceux des mécaniciens-dentistes qui, par méconnaissance de leurs intérêts profonds, se sont faits momentanément les adversaires de l'apprentissage, quelques vérités que je les engage à retenir, à méditer ; ils n'ont aucun intérêt à ce que la profession manque d'apprentis et d'ouvriers ; ils n'y ont pas intérêt corporativement, au point de vue national, ni d'ailleurs à aucun point de vue. Aucun ouvrier n'a intérêt à ce que le vide se fasse dans son métier. Gagner de gros salaires parce que le métier est organisé

d'une façon irrationnelle, c'est là un moyen dangereux qu'on blâmerait chez les patrons et qu'on ne peut recommander chez les ouvriers.

Par conséquent les mécaniciens-dentistes ont un intérêt, sinon immédiat et visible, mais un intérêt beaucoup plus vrai, plus profond quoique lointain, à vouloir qu'il y ait dans leur corporation assez d'apprentis et ils ont intérêt à ce que les gens qui y entrent aient appris leur métier qui leur donne le niveau nécessaire pour mériter leur salaire.

Je crois donc avec vous que pour que la profession des mécaniciens-dentistes — qui sont vos plus précieux auxiliaires — pour que cette profession soit réellement vivante, qu'elle ait le niveau qu'elle doit avoir. Il faut avoir fait un effort pour recruter des apprentis ; vous avez indiqué avec beaucoup de précision comment ce recrutement doit être fait. Nous sommes les propagandistes de l'orientation professionnelle ; c'est une méthode récente que les gens comprennent mal. Il faut beaucoup de temps pour que les vérités les plus simples soient bien comprises, et je crois que on ne se fait pas une idée nette du mot orientation. Il consiste à conduire vers ce métier les enfants qui en ont les aptitudes ; ce métier est difficile, exige beaucoup de goût, de propreté, d'ordre, une vive intelligence ; on ne devient pas mécanicien dans une spécialité aussi complexe que celle-là sans être excellent ouvrier, sans avoir des aptitudes physiques, intellectuelles et morales ; donc, dirigez vers cette profession non pas le premier venu, mais des enfants qui ont la quasi-certitude de réussir dans ce métier (*Applaudissements*).

Vous avez montré par votre exemple qu'il faut un apprentissage très sérieux ; cet apprentissage doit être double : pratique d'abord : nous pensons que, selon le vieux proverbe français, on ne devient forgeron qu'en forgeant ; nous pensons qu'on ne devient mécanicien qu'en travaillant longtemps de ses mains suivant un programme méthodiquement tracé ; vous l'avez dit et je suis heureux d'être d'accord avec vous. Vous avez dit aussi qu'il faut apprendre son métier théoriquement à la base ; dans un métier manuel comme celui-là, il y a des connaissances théoriques indispensables et elles le sont à un double point de vue : d'abord parce que sans elles le métier serait aveugle et puis parce qu'il ne faut pas que le métier soit une impasse.

Vous avez constaté que, grâce à votre initiative, beaucoup d'ouvriers étaient devenus d'excellents praticiens ; il faut apprendre le métier d'une façon complète pour pouvoir s'élever.

Je vous remercie d'avoir compris ainsi votre profession. Je suis d'accord avec vous quand vous dites que la corporation entière doit s'intéresser à faire des apprentis ; si elle ne le veut pas, qu'elle ne croie pas qu'un altruisme peut-être un peu imprudent poussera les autres à en faire et lui permettra de trouver la main-d'œuvre qui fait défaut. Le vol est

interdit même en matière d'apprentissage ; j'emploie peut-être un gros mot. Il faut qu'on donne à l'apprenti le moyen de vivre et qu'on le considère comme un collaborateur, c'est-à-dire que si l'on vit seul avec lui, si l'on n'a pas des cours professionnels à sa disposition, qu'on lui donne cette culture que le patron donnait autrefois à l'apprenti qui vivait à sa table, qui était comme de sa maison, à qui il donnait l'amour de son métier et un peu de son art (*Très bien. Applaudissements*). C'est grâce à cette collaboration professionnelle, humaine et sociale que les petits dissentiments que vous avez évoqués tout à l'heure disparaîtront ; il n'y en a point qui puissent résister au souffle chaud de l'amitié ; c'est sous ce signe de l'amitié que vous avez parlé tout à l'heure et j'ai été très touché, après vous avoir entendu, de voir quelle unanimité d'éloges et d'attention s'était manifestée dans cette salle. C'est pour moi une raison de plus de me féliciter d'être venu aujourd'hui parmi vous, et je vous prie de croire que la Direction de l'Enseignement technique, que j'ai l'honneur de représenter, aura, avec la corporation des chirurgiens-dentistes, pour laquelle elle a déjà tant d'estime, des rapports cordiaux, utiles pour le pays et pour tous (*Applaudissements prolongés*).

Le Président. — Après les belles paroles que vous venez d'entendre, je dois remercier très sincèrement M. Luc, qui a toujours été avec nous très aimable, très empressé et surtout très serviable chaque fois que nous avons eu recours à lui. Il nous connaît, puisque nous avons à l'Ecole dentaire de Paris la Section de prothèse dirigée par l'Enseignement technique ; nous avons eu souvent des rapports avec lui et nous en avons toujours été extrêmement satisfaits. Il fait partie de cette phalange de serviteurs de la République qui, avec M. Labbé, se compose d'hommes particulièrement dévoués. On a souvent tendance à critiquer ceux qui travaillent pour le Gouvernement et qu'on appelle les fonctionnaires ; mais des fonctionnaires comme ceux-là sont indispensables pour le bien du pays. Il faut vraiment avoir été à l'Enseignement technique souvent, voir le travail que fournissent MM. Labbé et Luc et leurs collaborateurs que nous connaissons, pour constater le dévouement qu'ils mettent dans la conception, dans l'organisation du travail que l'on cherche à introduire dans toute la France et dans toutes les professions.

Aussi, je suis votre interprète à tous pour exprimer, au nom de l'Association et au nom de la profession tout entière, à notre sympathique ami, notre reconnaissance d'être venu aujourd'hui. Il nous fera le grand honneur d'assister jeudi au banquet ; nous ne lui demanderons pas d'y prendre la parole, mais d'y venir familièrement parmi les nôtres comme il l'a fait aujourd'hui (*Applaudissements*).

Nous allons mettre aux voix la proposition de M. Haloua, appuyée par M. de Croës, de faire imprimer ce rapport et de l'envoyer à tous les

syndicats professionnels. Nous pourrions peut-être y ajouter la discussion qui a suivi, car elle est intéressante. Les Sociétés nous donneront sans doute des suggestions qui nous permettront peut-être dans l'avenir de trouver une solution favorable à cette importante question.

Le rapport, son impression avec la discussion et l'envoi aux Sociétés dentaires sont mis aux voix et adoptés.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Réunion du 6 *avril* 1929.

PRÉSIDENCE DE M. H. VILLAIN.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Présents : MM. Audy, Boudy, Cernéa, Crocé-Spinelli, Debray ; Mlle Delarbre ; MM. Drain, Haloua, Lelièvre, Thil.

Excusés : MM. Aspa, Boutard, Brodhurst, Gonon, Joly, Vasserot, L. Viau, G. Villain.

Il est donné lecture : 1° Des procès-verbaux : *a*) du Conseil d'administration du 22 novembre 1928 ; *b*) du Bureau des 17 janvier, 22 janvier, 7 février et 15 mars, qui sont adoptés ;

c) De la correspondance, qui comprend onze lettres relatives à des questions diverses.

Le Conseil approuve les rapports du Secrétaire général, du Trésorier et de l'Administrateur-gérant de l'*Odontologie*, M. Haloua, qui seront présentés le lendemain à l'assemblée générale.

Des félicitations et des remerciements sont votés à M. Haloua pour ses efforts, qui ont notablement contribué à l'amélioration et à la prospérité de l'organe de l'Association ;

d) Du rapport de la Commission syndicale, rendant compte des affaires dont elle s'est occupée depuis l'assemblée générale : Plaintes diverses, demandes de renseignements, expertises, etc... ;

e) Du rapport du Conseil de famille concluant à l'admission de nouveaux membres et à l'acceptation de trois démissions.

Ces rapports sont approuvés.

MM. Haloua, Thil, Vasserot et H. Villain sont déléguées à la C. T. I.

M. Blatter, conseiller sortant, ancien président de l'Association, qui ne se représente pas, est nommé président honoraire.

La séance est levée à 11 heures.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 7 AVRIL 1929

PRÉSIDENCE DE M. H. VILLAIN.

La séance est ouverte à 9 heures 45 du matin.

Après approbation du procès-verbal, les rapports du Secrétaire général, du Trésorier et de l'Administrateur-Gérant de l'*Odontologie* sont adoptés.

Le *Président* fait remise de deux médailles d'or accordées par l'Association à deux mécaniciens comptant, l'un, 45 ans de service, l'autre, 21 ans, dans le même cabinet.

Il est procédé au vote pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration.

A la suite d'un échange d'idées il est décidé que l'assemblée générale de 1930 se tiendra le jour du banquet, l'après-midi, à titre provisoire.

Le Président présente à l'assemblée M. Luc, directeur adjoint de l'Enseignement technique au Ministère de l'Instruction publique, qui veut bien honorer la réunion de sa présence.

Il donne lecture de son rapport sur *l'apprentissage et son orientation*, qui est accueilli par de vifs applaudissements (V. p. 261 du présent numéro).

Une discussion et un discours de M. Luc (V. p. 278), suivent cette lecture.

Des félicitations sont votées à M. H. Villain et il est décidé que cette discussion sera publiée dans *L'Odontologie* après ledit rapport. Il est décidé, en outre, que le rapport et la discussion feront l'objet d'un tirage à part, dont les exemplaires seront envoyés aux Sociétés professionnelles.

Le Président fait connaître les résultats du scrutin : Sont élus pour deux ans : MM. G. Villain, H. Villain, Cernéa, Vasserot, Brenot, Debray, Lalement, Thil, Brochier (Paris) ; Pont, Bennejeant, Eustache, Drain, Fouques, Joly, Boutard, Perdereau (départements).

M. Péron, qui se proposait de poser une question sur l'unité syndicale, y renonce en en demandant l'ajournement à un an.

La question est renvoyée au Bureau, qui l'examinera et en conférera avec les autres sociétés pour organiser une assemblée générale.

M. Sénécal demande : 1° ce qui a été fait par l'A. G. S. D. F. au sujet des assurances sociales ; 2° ce qu'elle peut faire pour mettre fin à l'usurpation de titres : 3° qu'elle tienne la profession tout entière au courant de ce qu'elle fait en ces matières.

MM. Brodhurst et *Cernéa* rappellent, en fournissant des précisions, tout ce que l'Association a fait depuis cinq ans en matière d'assurances sociales : délégations aux rapporteurs à la Chambre et au Sénat, conférences par des membres du Parlement, réunions du Comité interfédéra-

tion, ordres du jour votés et remis aux Pouvoirs publics, nomination de M. G. Villain comme membre de la Commission ministérielle, lequel a tenu la profession au courant des travaux de celle-ci et a présenté les desiderata des chirurgiens-dentistes.

Le Président ajoute qu'il y a de la part d'une bonne moitié des professionnels une indifférence regrettable, qu'ils demeurent en dehors des organisations, restent étrangers à ce qu'elles font et ne lisent même pas les journaux dentaires. L'Association ne peut vraiment pas prendre en mains la cause de ceux qui se désintéressent de tout.

La discussion est close par le renvoi au Bureau avec avis favorable des questions Péron et Sénécal.

La séance est levée à 11 heures 3/4.

***

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Réunion du 7 avril 1927.

PRÉSIDENCE DE M. G. VIAU, DOYEN D'AGE.

Le Conseil s'est réuni immédiatement après l'assemblée générale pour procéder à la constitution du Bureau.

Ont été nommés :

Président, M. Henri Villain ;

Vice-présidents, MM. Drain, Crocé-Spinelli ;

Secrétaire général, M. Debray ;

Secrétaire adjoint, M. Thil ;

Trésorier, M. Cernéa.

Il a été procédé ensuite à la constitution des commissions et la séance a été levée à midi.

INAUGURATION D'UNE PLAQUE COMMÉMORATIVE AU VAL-DE-GRACE

Le samedi 2 mars, à 10 heures du matin, le Président de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, M. Filderman, entouré de ses collègues du Conseil d'Administration et d'un groupe de Dentistes Militaires de réserve, membres de l'Amicale, la plupart en tenue militaire, a inauguré la plaque commémorative à nos confrères morts pour la France (1914-1918).

Le Directeur de l'Hôpital du Val-de-Grâce, entouré de ses collaborateurs, avait tenu à assister à la cérémonie.

Les dirigeants des Ecoles dentaires et des Sociétés professionnelles étaient venus nombreux ou s'étaient fait représenter.

Après que le Président eut enlevé le crêpe recouvrant la plaque de marbre, apparut aux yeux le texte suivant, gravé en lettres d'or sur fond noir :

1914-1918
Aux Chirurgiens-dentistes morts pour la France
L'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer.

—

In Memoriam.

—

Le Président prononça une courte allocution, puis la cérémonie prit fin.

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Par décret du 11 avril 1929, est nommé au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve (rang du 19 août 1926), M. Lunau (Lucien-Ernest-Jean), ex-lieutenant au 15e bataillon de chasseurs. — Affecté à la 18e région.

(*J. Officiel* du 16 avril 1929).

***

Sont promus :

Au grade de dentiste militaire de 1re classe :

MM. Mazeipeux et Lhuillier, des troupes du groupe de l'Indochine.

Au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve :

Le dentiste auxiliaire Langevin, affecté aux troupes du Maroc.

***

Le dentiste militaire de 2e classe de réserve, Baranez, du 19e corps d'armée, est affecté à la 19e région.

NÉCROLOGIE

M. Joseph Bornand

Nous avons le regret d'apprendre le décès du Dr Octave Joseph Bornand, chirurgien-dentiste, membre de l'A. G. S. D. F., survenu le 27 mars à l'âge de 38 ans, des suites d'une longue maladie contractée sur le front.

Il était titulaire de la médaille militaire et de la croix de guerre.

Bouillant

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 45 ans, de notre confrère Bouillant. De 1907 à 1911 il avait été mécanicien-chef du laboratoire de prothèse de l'Ecole dentaire de Paris. Pendant deux ans il avait été membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F.

Pendant la guerre il dirigea le laboratoire du Dispensaire militaire 45 à l'Ecole dentaire de Paris, fonction à laquelle l'appelait sa connaissance approfondie de la prothèse, en particulier de la prothèse restauratrice qu'il avait pratiquée aux côtés de Claude Martin, dont il fut le collaborateur plusieurs années.

Ses obsèques ont eu lieu le 30 mars. MM. Blatter, Wallis-Davy et Zimmermann y représentaient le Groupement, qui avait envoyé une couronne.

Brooker

On annonce la mort de notre confrère, M. Brooker, de Rouen, membre de l'A. G. S. D. F.

Maisonneuve

On annonce le décès de M. Maisonneuve, de Bois-Colombes, membre de l'A. G. S. D. F.

P. Alexandre

On annonce le décès, à l'âge de 60 ans, de M. Paul Alexandre, membre de l'A. G. S. D. F., survenu à Chamonix, le 8 mars 1929.

Nous adressons nos sincères condoléances aux familles éprouvées.

M. Louis Monet, membre de l'A. G. S. D, F., vient d'être éprouvé par la perte de son père, M. Henri Monet, survenu le 13 mars 1929, à l'âge de 71 ans.

Mme Salem, membre de l'A. G. S. D. F., a eu le chagrin de perdre son mari.

M. Louis Bassot, membre de l'A. G. S. D. F., a été éprouvé par le décès de son père, M. François Bassot, survenu le 12 avril, à l'âge de 88 ans.

Notre confrère, M. Godefroy, membre du Conseil d'administration de l'E. D. P., vient d'être éprouvé par le décès de sa belle-mère, Mme Albert Baelen, veuve d'un ancien membre de la Société, survenu le 27 mars, à l'âge de 57 ans.

Nous adressons nos vives condoléances à ces confrères.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Cernéa, membre et trésorier de l'A. G. S. D. F., a été nommé officier de l'Etoile de Roumanie (Steaua Romaniei).

Nous relevons avec plaisir dans le *Journal Officiel* du 24 février 1929, les distinctions suivantes :

Officier de l'Instruction publique :

Dr Bouchard (François-Joseph-Marie), à Lyon.

Officiers d'académie :

M. Damourette (René), chirurgien-dentiste du Lycée de Troyes (Aube).

M. Rat (Jules), chirurgien-dentiste du Lycée et des Ecoles normales de Poitiers (Vienne).

Nous adressons à ces confrères, membres de l'A. G. S. D. F., nos sincères félicitations.

Exposition. — Une exposition organisée par le Comité français des expositions (Ministère du Commerce et de l'Industrie) aura lieu au Parc des Expositions (Porte de Versailles), du 9 au 15 juin prochain à l'occasion des journées médicales de Paris.

M. H. Villain a été nommé délégué pour la classe 4 (art *dentaire*) de cette Exposition.

Mariages. — Le mariage de M. Louis Camille de Hogues, fils de notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Janette Bihet a été célébré le 3 avril.

Le mariage de M. Henry Quétin, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Adrienne Lafont a eu lieu le 2 avril.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Naissances. — M. Cagnoli, membre de l'A. G.S. D.F., et Mme Cagnoli, de Nice, nous font part de la naissance de leur fille Monique.

M. A. Audy, de Compiègne, membre de l'A. G. S. D.F., et Mme Audy, nous annoncent la naissance de leur fils Jacques.

M. René Forgues, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Forgues, de Provins, nous annoncent la naissance de leur fille Marie-Renée.

M. Bertier, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Bertier Maurice, nous font part de la naissance de leur fils Férard.

Nous leur adressons nos félicitations.

49e ANNÉE. N° 5 30 MAI 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

NOUS AVONS DIT DANS NOTRE DERNIER NUMÉRO LE GRAND SUCCÈS DE LA *SEMAINE ODONTOLOGIQUE*, QUI S'EST TENUE AU GRAND PALAIS DU 7 AU 14 AVRIL ; IL NOUS EST IMPOSSIBLE DE PUBLIER UN COMPTE RENDU D'ENSEMBLE DE CETTE RÉUNION, EN RAISON DE LA DIVERSITÉ DES MANIFESTATIONS AUXQUELLES ELLE A DONNÉ LIEU. NOUS COMMENÇONS DÈS AUJOURD'HUI LA PUBLICATION DES COMMUNICATIONS FAITES AUX RÉUNIONS SCIENTIFIQUES PAR CELLES DE MM. P. HOUSSET ET HULIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA CHIRURGIE ALVÉOLO-DENTAIRE DANS SES RAPPORTS AVEC LES INFECTIONS PÉRI-APICALES

Par P. Housset

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 9 avril 1929*).

(Semaine odontologique)

I

616.314.16.5.

L'imprécision du titre me permet de ne pas déterminer *à priori* la forme de l'intervention chirurgicale ni de préjuger des indications du curettage péri-apical avec ou sans résection de l'extrémité radiculaire.

En 1921 (6), dans un rapport sur les infections péri-apicales et leurs relations avec l'état général des malades, j'écrivais que, même s'il était prouvé qu'un foyer infectieux péri-apical n'ait aucun rapport avec l'état général, le devoir du praticien était de le supprimer.

Pour assurer l'application de cet axiome, nous avons à notre disposition, comme moyens conservateurs de l'organe dentaire, le traitement par voie radiculaire : traitement mécanique, chimique ou même bio-chimique et le traitement chirurgical par voie trans-alvéolaire.

On aurait pu croire que le traitement chirurgical eût des indi-

cations de plus en plus fréquentes, le traitement radiculaire paraissant alors d'une efficacité douteuse dans de nombreux cas. Cependant, déjà en 1921, pour la première fois en France, j'ai présenté des séries de radiographies : d'une part, celles d'un auteur américain Maurice Peters, d'autre part, celles de malades personnellement traités montrant des disparitions complètes d'aréoles non seulement avec une réparation ostéogénésique absolue, mais même parfois avec une tendance à un développement trabéculaire plus serré, véritable condensation osseuse dans la zone péri-apicale.

Ces constatations radiographiques accompagnent toujours la disparition des symptômes cliniques les plus objectifs, douleurs, fistules, parfois mobilité de l'organe, et aussi celle des symptômes provoqués, douleur à la palpation, à la percussion, etc.

Depuis, des présentations identiques ont été faites et des résultats similaires ont pu conduire les auteurs à l'apologie de méthodes apparemment différentes.

En effet, nous avons cru, nous croyons encore, que le traitement d'une dent infectée est un complexe où trois territoires sollicitent notre action :

Le *canal*, en principe générateur initial de la transmission infectieuse, sans doute le plus facile à désinfecter ;

Les *canalicules*, plus difficiles à atteindre et générateurs secondaires possibles ;

Le *péri-apex*, générateur secondaire le moins accessible à l'action des moyens ordinaires et par conséquent le facteur d'entretien le plus tenace du processus infectieux, région la plus importante et la plus difficile à traiter.

Et si nous ne parlons pas du terrain, de la valeur des réactions organiques, c'est parce que le péri-apex dans ses lésions comme dans ses réparations sera sous l'influence biologique directe, déficiente ou stimulante.

Le critérium, sinon de l'efficacité, mais au moins de l'application complète et rationnelle du traitement c'est tout d'abord la perméabilité complète et surtout trans-apexienne du canal : un canal obstrué, un canal trop flexueux, et l'action sur le péri-apex est nulle.

Les moyens d'alésage mécanique, souvent dangereux, d'alésage chimique, moins dangereux mais encore très délicats, constituent donc la première étape ; si elle ne permet une liaison radiculaire et péri-apicale suffisante, c'est l'insuccès certain.

Quel sera le processus d'action sur le péri-apex ? D'une part, dans de nombreux cas, une action de *drainage*, les mèches absorbantes joueront alors un rôle — ne s'imprègnent-elles pas souvent de pus ou de sérosités que l'on constate *de visu* et plus nettement encore à l'immersion dans l'eau oxygénée.

Si les réactions du terrain sont favorables, les phénomènes de défense s'intensifient, les phénomènes d'agression microbienne diminuent.

Cette thérapeutique est d'ordre chirurgical : drainage par alésage, drainage par absorption, et l'aide peut être très efficace que nous apportons aux défenses organiques.

D'autre part, la suppression de l'infection radiculaire tarit l'apport d'entretien à l'infection du péri-apex.

Les médicaments agissent-ils sur le péri-apex, tout au moins avec une réelle efficacité ? Cliniquement, rien ne le prouve ; cliniquement aussi, rien ne prouve le contraire.

Cependant, on a parfois la preuve qu'ils agissent dans certains cas défavorablement, selon leur composition, leur dosage, leur mode d'emploi. Il existe tout de même des réactions douloureuses, des réactions congestives de ligament, qui, en dehors de phénomènes de refoulement microbien, de compression, semblent bien provenir de certaines applications trop profondes (l'acide sulfurique par exemple ou même une solution de nitrate d'argent condensée). N'est-ce pas là encore une preuve de l'interdépendance de ces milieux, et dans ce cas, si une mèche absorbe des sérosités, ne peut-elle dans une région où les phénomènes d'osmose doivent exister (beaucoup plus que ceux de capillarité) diffuser au delà du territoire où elle repose une partie du produit dont elle est imprégnée ? Ici, interviennent le calibre du foramen, l'état de vacuité du canal, la pénétration radiculaire de la mèche, la nature du produit médicamenteux.

J'ai employé à dessein le mot vague de médicaments et pas encore celui d'antiseptiques.

Il y a d'abord tous les antiseptiques qui ne le sont que sur l'étiquette et qui furent employés sans vérification sérieuse *in vitro* sur les espèces microbiennes à détruire. M. Hulin et moi nous avons montré que certains de ces produits permettent des cultures de staphylocoques ou de streptocoques (7).

Il y a les antiseptiques réels, agissants, mais dont la concentration, la dose, l'emploi sont à déterminer.

Le formol, les crésols, la dichloramin sont actifs, parfois exagérément et il peut être en effet empirique de traiter avec le même médicament et sous la même concentration des régions aussi différentes que le canal et que le péri-apex. Il est alors plus judicieux, pour le péri-apex, de ne chercher la diffusion profonde que de produits non caustiques aidant seulement aux moyens de défense, et évidemment à ce sujet l'emploi des colloïdes par exemple peut être plus rationnel que celui d'antiseptiques violents.

Cependant, comme nous l'indiquions au début, il faut tout de même admettre, par le seul emploi d'antiseptiques réellement actifs, la disparition des aréoles accompagnée de celle des symptômes cliniques et dans des cas que l'on eût jugés incurables il y a dix ans. Il faut admettre que la perméabilité du canal, le drainage, la réaction favorable du terrain, constituent les éléments principaux; cependant, l'action médicamenteuse n'est pas niable et semble être à peu près identique pour les produits indiqués.

Peut-on employer pour ces résultats apparents, cliniques et radiographiques, le mot de guérison, dans son sens absolu, si l'on veut exclure toute possibilité de récidive ou de réactivation ? Bactériologiquement, la guérison est-elle complète ? Cela est bien difficile à prouver même en cas de prélèvements négatifs. Cependant, si tous les éléments de guérison se trouvent réunis et même si, scientifiquement, l'on ne peut encore certifier celle-ci, l'intuition des praticiens ayant une certaine expérience paraît confiner à la certitude et pratiquement, fût-ce au prix d'une surveillance prolongée, autorise toutes les utilisations de la dent traitée.

Il en résulte que les indications du traitement chirurgical sont donc déjà moins fréquentes ; elles diminueront sans doute encore avec le perfectionnement du traitement radiculaire et surtout avec le traitement chirurgical aseptique des pulpites. Ces indications restent assez nombreuses pour justifier cette intervention dont la technique actuelle permet de réduire considérablement le nombre des avulsions. L'exodontisme n'a réellement plus de raison d'être, sous la forme d'un principe. L'avulsion doit rester une exception.

Mais très souvent, cette intervention chirurgicale si utile, si efficace est considérée comme sans importance, à faire n'importe comment et n'importe où, sans aucune préparation. Or, si l'on en fait beaucoup plus qu'il y a quelques années, il importe surtout de les faire beaucoup mieux. La technique ancienne consistait à faire

une petite incision, ou même à découper un petit disque de gencive, parfois à la détruire au galvanocautère, à perforer avec une fraise ronde à peu près au hasard, en général trop bas, le plus souvent en perforant la racine, à rechercher la communication entre le canal et la plaie; le lavage fait dans le canal et ressortant avec difficulté par la plaie étant l'indice du succès. Dire que la plaie ne se refermait pas et le plus souvent même sans fistule, ni que la dent ne restait pas silencieuse serait exagérer, les plaies de la bouche montrent des cicatrisations plus étonnantes, car, pour paraphraser Ambroise Paré, si les praticiens aident la nature, celle-ci le leur rend bien.

Il ne faut évidemment pas considérer cette intervention comme une opération grave, mais ce n'est pas une opération sans importance. Elle comporte une responsabilité indéniable et elle doit être préparée minutieusement. Encore là, l'éducation du malade est à faire avec tact, et, s'il ne faut pas lui apporter la moindre crainte, il faut bien le mettre en face de l'évidence: opération sans gravité, mais délicate, à faire dans des conditions chirugicales sérieuses.

Le Dr Chenet (fig. 2) a su récemment très bien montrer l'importance de certaines avulsions et comment on devait faire l'éducation du malade. Il en est ainsi pour l'intervention que nous étudions.

Le malade doit aussi en comprendre l'intérêt, non seulement l'importance de conserver une dent, importance esthétique et fonctionnelle, mais surtout la nécessité d'être débarrassé d'un foyer infectieux susceptible de complications aiguës ou chroniques. Il sera indiqué de lui signaler la nature infectieuse, suppurante souvent, de la lésion et la destruction osseuse qu'elle provoque.

Il est préférable, après l'examen clinique et radiographique, de lui indiquer les raisons du choix de l'intervention et, si l'on croit pouvoir assurer la guérison par le simple traitement radiculaire, de réserver cependant l'obligation éventuelle du traitement chirurgical. Celui-ci toutefois ne sera décidé que si, en dehors des indications locales, les indications de l'état général et aussi les conditions familiales et légales le permettent.

Au traitement chirurgical, certains patients préfèrent l'avulsion, qui leur paraît plus simple ; ils ne se résigneraient à une opération du maxillaire que pour un kyste volumineux par exemple, présentant des symptômes objectifs bien nets. Sur leur peau, ils ne conserveraient pas volontiers une petite écorchure suppurante, mais puisque la lésion du maxillaire (et pour eux ce n'est une lésion que

de la dent) est indolore et masquée, elle est négligeable. Il faut leur indiquer que l'avulsion, qui sera d'ailleurs suivie de curettage si elle n'entraîne pas avec la racine la formation infectieuse, laissera dans leur arcade dentaire une solution de continuité qu'ils feront combler, surtout si la dent est apparente et dans ce cas la prothèse, si elle est fixe, nécessitera une préparation plus ou moins compliquée des piliers voisins, parfois la dépulpation. Si la prothèse est amovible, ses inconvénients ne sont pas négligeables, surtout quand il s'agit de remplacer une seule dent antérieure.

Le malade sera opéré dans les conditions d'isolement, de calme et d'asepsie les plus sérieuses. Le cabinet du praticien doit en permettre l'application. Dans les services d'école, le malade sera opéré dans une salle de chirurgie spéciale et non dans un service de dentisterie où ces conditions ne seraient pas réalisables.

La stérilisation du matériel opératoire sera faite chirurgicalement, les instruments et compresses classés et stérilisés en boîte métallique, et ce n'est pas parce que l'asepsie est difficile à appliquer dans la cavité buccale, notamment pour les opérations concernant les muqueuses, ce n'est pas non plus parce que les moyens de défense locale sont puissants que nous devons négliger l'asepsie. Les complications infectieuses sont rares, mais elles peuvent être fort sérieuses, un accident infectieux grave compromet la vie du malade et aussi toute la carrière du praticien. Enfin c'est par l'application de l'asepsie que nous ferons l'éducation de nos malades, que nous leur inculquerons même le sens de l'hygiène et que nous donnerons à nos soins le caractère scientifique qui assurera leur développement.

II

Notions anatomiques [1].

Dans cette monographie, nous croyons utile de préciser succinctement les rapports anatomiques ayant une relation directe avec les différentes modalités opératoires.

Maxillaire supérieur

La face labio jugale ou antéro externe, face où sont toujours faites les trépanations, présente le rebord inférieur de l'orifice antérieur des fosses nasales, la fossette myrtiforme qui est sus-

1. Pour l'anatomie plus complète voir *Anatomie de la bouche et des dents* : Sauvez, Wicart, G. Lemerle (Collection Godon).

jacente aux incisives, à sa partie inférieure un peu au delà de la ligne médiane s'insère le muscle myrtiforme ; dans certaines interventions si la trépanation est faite un peu haute et si la rugine décolle les insertions du muscle, la mobilisation de l'aile du nez correspondante, dans le mouvement d'abaissement surtout, peut provoquer une légère douleur les jours suivant l'opération. Il faut donc refouler modérément les tissus à cet endroit si le vestibule est de faible hauteur. Séparée de la fossette myrtiforme par le saillant vertical alvéolaire correspondant à la canine, nous trouvons la fosse canine, placée nettement en arrière de cette dent. Au contour antérieur de cette fosse, en arrière de la canine et assez haut s'insère le muscle canin. La muqueuse se laisse assez aisément refouler entre les insertions de ces deux muscles. Au-dessus des racines vestibulaires de la première grosse molaire, on constate un épaississement osseux conduisant verticalement au sommet de la pyramide maxillaire, le buccinateur s'insère au-dessus des trois grosses molaires, prolongeant ses insertions jusqu'à la tubérosité. Nous remarquons les saillies formées par les procès alvéolaires externes ; le rebord alvéolaire inférieur est plus épais que la partie haute de l'alvéole, en général très mince.

Le sinus maxillaire joue un rôle important dans le traitement chirurgical ; ses dimensions, sa forme, ses rapports sont assez variables. La première grosse molaire a ses racines vestibulaires encastrées le plus souvent dans la paroi inférieure externe du sinus, la deuxième prémolaire a son apex souvent tangent à la courbure antérieure de la paroi inférieure ; ce sont les deux dents le plus fréquemment causales de sinusites et les plus délicates à opérer, par suite de la faible épaisseur osseuse et des prolongements sinusiens parfois très descendants entre les racines (fig. 1 et 2).

Les racines de la seconde molaire, de la première prémolaire et de la canine, ces deux dernières plus rarement, peuvent être tangentes aux parois dans les sinus de grandes dimensions. Il est évident que la paroi alvéolaire peut être détruite du côté externe et que dans certains cas la paroi osseuse du sinus de l'autre côté de l'apex est elle-même très amincie ou même perforée.

Le plus souvent, la poche inférieure du sinus est creusée, à sa partie la plus profonde, dans la région alvéolaire ; cette déclivité ne facilite pas toujours le drainage de l'antre, étant donné le cloisonnement ou tout au moins la présence dans ce fond du sinus de



Fig. 1. — Remarquer les hauteurs de racines, le contour du sinus, la lame horizontale.

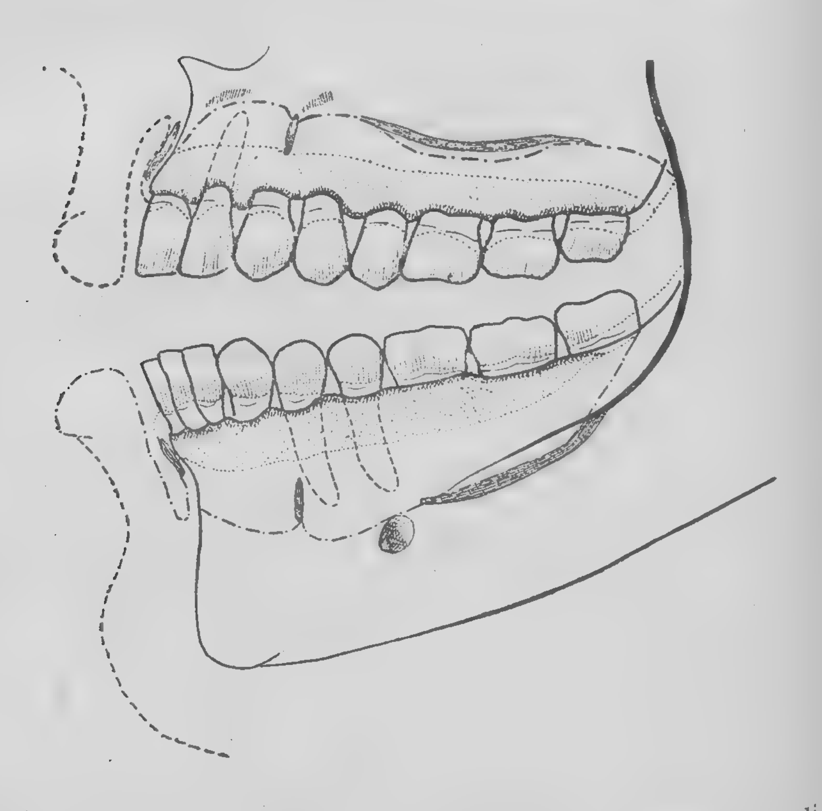


Fig. 2. — Hauteurs de la gencive, de la muqueuse, profondeurs du repli vestibulaire, insertions, etc..



Fig. 3. — Eminence mentonnière et alvéoles au-dessus.
Alvéoles et trou mentonnier au dessous.



Fig. 4. — Canal dentaire et trou mentonnier. Les points blancs servent de repères.

travées transversales créant autant de dépressions, de recessus, comme vous pourrez le constater sur la pièce anatomique présentée.

Maxillaire inférieur.

La face externe du maxillaire inférieur est évasée en dehors et légèrement inclinée de bas en haut, de dehors en dedans ; sur les coupes présentées, on remarque cette disposition qui provient de la superposition de l'arc basilaire et de l'arc alvéolaire, le second étant inscrit dans le premier. Cette face présente en avant la proéminence mentonnière et sur ses faces latérales, oblique de bas en haut, d'avant en arrière, de plus en plus saillante et épaisse la ligne oblique externe (fig. 3).

En principe, pour les dents accessibles et même parfois pour la première molaire, la paroi alvéolaire vestibulaire est encore assez mince si elle est susjacente à la ligne oblique externe ; cependant, dans certains cas (maxillaires de petite hauteur) pour la première molaire et la seconde prémolaire, cet arc de renforcement forme un épaississement juxta-apical.

Au-dessus de l'éminence mentonnière, on remarque les saillies alvéolaires des incisives et un peu sur les côtés celles plus allongées des canines.

Le trou mentonnier offre une certaine importance, son siège est variable, on peut le situer à 2 centimètres 1/2 ou 3 centimètres de la ligne symphysaire et au milieu de la hauteur mandibulaire, du bord du procès alvéolaire au bord basilaire, le plus souvent au-dessous du collet de la seconde prémolaire (fig. 4).

En cas de résorption du procès alvéolaire, il est évidemment plus rapproché du bord supérieur. Dans le plan latéral, sa position varie fréquemment, il peut siéger en avant et même en arrière de la deuxième prémolaire. Il est à noter que la branche du nerf dentaire issue du trou mentonnier et dont quelques divisions s'anastomosent avec le facial envoie des prolongements ascendants (fig. 5).

Le canal dentaire est oblique en bas et en avant, il remonte légèrement avant de se diviser au trou mentonnier, la radiographie permettra le plus souvent de suivre son trajet, de constater cette légère incurvation oblique, ascendante et de repérer ainsi le trou mentonnier, sans confusion avec une aréole péri-apicale de prémolaire (fig. 6).

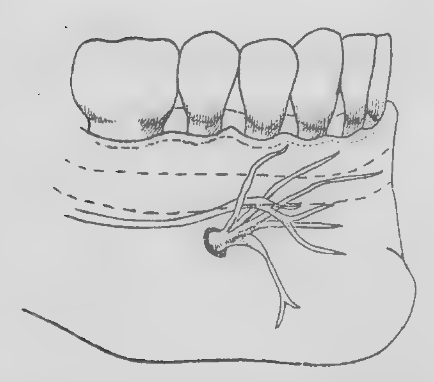


Fig. 5. — Nerf dentaire inférieur. Bouquet mentonnier anastomose avec le facial. Les pointillés indiquent la hauteur de la gencive et celle de la muqueuse (fond du repli).



Fig. 6. — Canal dentaire et trou mentonnier. Incurvation du canal avant le trou mentonnier. Les points blancs servent de repères.

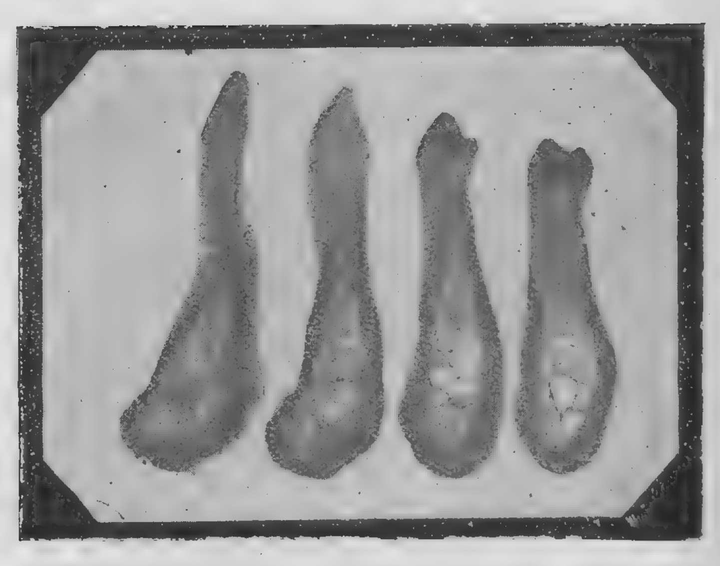


Fig. 7. — Coupe du maxillaire inférieur, incisive, canine, prémolaires. Remarquer le tissu spongieux alvéolaire, le tissu spongieux basilaire, l'épaisseur corticale externe, le canal dentaire, la disposition des arcs alvéolaires et basilaires. Profondeurs transversales des apex.



Fig. 8. — Hauteurs du canal dentaire et profondeurs des apex. Ces aréoles du tissu spongieux expliquent bien la propagation infectieuse. Inscription de l'arc alvéolaire dans l'arc basilaire.

Le canal dentaire est souvent très rapproché des apex de racines de molaires, notamment de la deuxième et de la troisième.

Les parois de l'os sont compactes, mais la partie centrale est très spongieuse, à grandes lacunes limitées par des trabécules résistantes, le tissu spongieux est très rapproché des apex, mais les trabécules de la région alvéolaire sont plus serrées. Extérieurement, verticalement, le procès alvéolaire un peu épaissi sur le bord supérieur, surtout au niveau des prémolaires et des molaires, s'amincit ensuite, puis reprend une certaine épaisseur notamment dans la région apicale au niveau des molaires et en fonction de la saillie présentée par la ligne oblique externe. Au niveau des incisives et canines, le bord est plus épais que la région alvéolaire juxta-apicale. La table alvéolaire externe est en général plus épaisse au maxillaire inférieur qu'au supérieur. Le buccinateur s'insère sur une ligne correspondant aux trois molaires et très voisine de la ligne oblique (fig. 7 et 8) (fig. 2).

Au maxillaire inférieur, la racine d'incisive centrale est la plus courte, celle de la latérale plus longue est très inférieure à celle de la canine, la première prémolaire est plus longue que la seconde, les racines de molaire sont un peu plus courtes.

Ce qui importe dans le traitement chirurgical, c'est de localiser la position, la hauteur même de l'apex, organe à atteindre. Comme nous le verrons, la radiographie nous indiquera de nombreuses anomalies, des hypercémentoses, des courbures distales ou mésiales, des sinuosités, etc. ; mais si elle nous indique aussi les proportions corono-radiculaires, la déformation due à l'angle de projection ne nous permet pas un repérage absolument exact des apex si l'on n'emploie pas de procédé spécial. Il est tout de même important de connaître les longueurs approximatives des dents, en les mesurant du bord libre ; les mensurations de Black, Choquet, Dieulafé, Herpin, etc... peuvent nous fournir des indications qu'il faut connaître.

Qu'il nous suffise d'indiquer ici qu'au maxillaire supérieur la centrale portée classiquement comme plus courte est parfois plus longue que la latérale, celle-ci a son apex moins saillant, plus en retrait par suite de son inclinaison dans le plan parallèle au plan sagittal, mais comme son alvéole correspond à la région inférieure de la dépression ou fossette myrtiforme, l'épaisseur osseuse n'est pas plus considérable. L'apex de la canine est le plus élevé, la pre-

mière prémolaire est plus longue que la seconde, à peu près égale à la latérale, les racines vestibulaires de première molaire sont plus courtes.

La paroi alvéolaire externe au niveau des incisives forme des saillants très nets, encore plus accentués pour la canine dont la coque osseuse externe est très mince ; au niveau des apex d'incisives, de prémolaire, l'os est parfois pelliculaire, presque perforé sans même qu'il y ait une lésion pathologique.

La région de la cavité buccale dite vestibule est importante à étudier.

La hauteur du vestibule variera avec le type facial, avec la hauteur maxillaire. Si le vestibule, à la partie médiane, est en général profond de 2 centimètres pour la région inférieure, de 2 1/2 pour la région supérieure, en mesurant du bord libre dentaire au fond du sillon, ces mensurations sont fréquemment dépassées.

Nous aurons à remarquer pour mieux la respecter la présence du frein labial supérieur, du labial inférieur et de deux autres replis membraneux, correspondant aux insertions musculaires, l'un en haut, en avant de la région apicale de la première prémolaire ou de la canine, l'autre en bas, en avant de la région apicale des mêmes dents. Le vestibule est-il plus profond que la région apicale ? Celle-ci représentant une ligne sinueuse, le vestibule est en général moins profond que la région apicale, sauf en certains cas pour l'incisive centrale, la latérale supérieure, les prémolaires supérieures ; moins profond si l'on ne tend pas, en la relevant pour le haut, en l'abaissant pour le bas, la muqueuse contre la face osseuse, c'est-à-dire en la laissant à son repli naturel (fig. 2).

Les insertions musculaires, myrtiformes, buccinateur, muscles du menton diminuent la profondeur vestibulaire qui n'est donc pas égale partout. Certaines racines comme celles des canines supérieures très longues sont situées entre les insertions musculaires, ce qui permet de refouler la muqueuse assez profondément.

Les apex de racines de canines inférieures descendant de chaque côté de la pyramide mentonnière sont recouverts par les insertions musculaires.

Le fond même du sillon est très voisin du nerf sous-orbitaire, de la face antérieure du sinus en haut, du trou mentonnier, de l'artère faciale en bas.

La gencive proprement dite, tissu peu élastique, représente une

hauteur variable, mais faible, n'excédant pas en général 7 à 8 millimètres, recouvrant seulement le collet des dents et le bord du procès alvéolaire, à peine le 1/3 de la hauteur radiculaire (fig. 9).

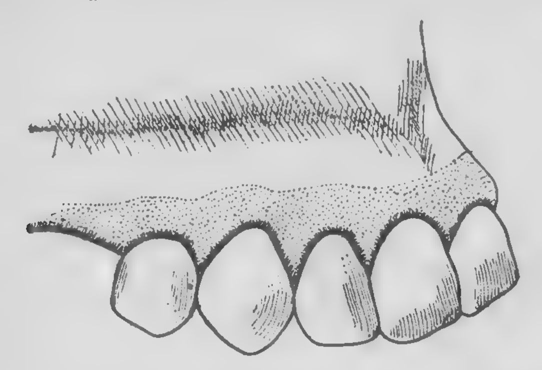


Fig. 9. — Le vestibule. Sa profondeur. Hauteur de la gencive ou fibro muqueuse. Hauteur du repli muqueux.

La muqueuse, celle des joues, celle des lèvres constitue non seulement le fond du sillon, mais encore un revêtement alvéolaire se continuant avec la fibro-muqueuse gingivale. Elle présente dans la région alvéolaire un riche réseau apparent de vaisseaux très fins, son derme est très adhérent, il est doublé d'une couche sous-muqueuse. La coloration plus rouge, les nombreux vaisseaux de la muqueuse, la différencient nettement de la gencive, elle représente plus de surface alvéolaire.

III

Caractère des lésions.

Accompagnée ou non de symptômes cliniques, une aréole de raréfaction péri-apicale, constatée à la radiographie, justifie-t-elle toujours le traitement chirurgical ?

En 1921 (6), nous basant sur la présence ou l'absence des symptômes cliniques et sur l'aspect de la raréfaction osseuse, nous établissions plusieurs catégories de lésions, présentant différentes formes d'aréoles, diffuses ou circonscrites, en concomittance ou non avec des lésions de l'apex ou du ligament.

En raison des vérifications thérapeutiques que nous avons pu faire depuis, cette classification peut être utilement modifiée, elle ne constitue plus le critérium des indications de l'intervention, de nouvelles acquisitions modifiant la question, pour laquelle nous trouvons les directives suivantes :

***

1° Le traitement du canal et celui des canalicules doit toujours être entrepris avant de faire l'opération, même si celle-ci est prévue. Il y a tout intérêt à diminuer l'intensité de l'agression microbienne et à disposer au jour de l'intervention d'une dent ayant subi le traitement intrinsèque.

***

2° Faire ce traitement radiculaire, c'est en même temps traiter par drainage et même vraisemblablement par action médicamenteuse le péri-apex, c'est probablement amener au sein de la formation péri-apicale des modifications structurales, c'est favoriser la réaction défensive organique.

Dans certaines conditions, les symptômes cliniques disparaîtront, si une radiographie est reprise elle peut alors déceler une évolution favorable de la lésion péri-apicale. L'intervention chirurgicale n'est plus formellement indiquée. Le traitement radiculaire peut suffire, il est en tous cas à poursuivre.

***

3° Au contraire, après les trois premières phases du traitement radiculaire — préparation mécanique et chimique, alésage, drainage et mèches — les phénomènes cliniques ne s'amendent pas et les mèches sont constamment souillées, le travail bactérien dans le péri-apex ne diminue pas ; poursuivre le traitement radiculaire peut être inutile : le traitement chirurgical s'impose.

***

4° Existe-t-il, *à priori*, des indications formelles, immédiates, d'intervention chirurgicale ?

Comme il est, à l'heure actuelle, possible de rencontrer, à la suite des traitements radiculaires, des modifications favorables, il ne faut précipiter la décision d'intervention que dans les cas suivants :

Lésion volumineuse sur une uniradiculée, ou formation kystique déterminée ;

Anomalie radiculaire, sinuosité, courbure, imperméabilité du canal ;

Instrument brisé dans le canal, impossibilité d'extirpation ;

Lésion nette de l'apex ou limitée du ligament ;

Nécessité de guérison rapide et certaine pour une raison prothétique ;

Accessibilité et conditions favorables de l'intervention.



Ces indications sont schématiques ; c'est le sens clinique qui doit en réalité déterminer leur valeur ; sens clinique confirmant la lecture radiographique, sens clinique soutenu par les vérifications histologiques les plus récentes. Car, s'il était prouvé que par le seul traitement radiculaire, on n'obtient qu'une modification favorable apparente, même à la radiographie, ne donnant aucune certitude décisive, n'empêchant pas, par exemple, des réactivations d'évolution tumorale consécutive, le traitement chirurgical verrait ses indications devenir beaucoup plus larges, beaucoup plus larges parce qu'il importe de faire disparaître le foyer infectieux et toutes ses conséquences, si nous voulons conserver la dent.

Les conclusions des recherches rigoureuses et des importantes constatations de MM. Delater et Bercher (3) sur l'épithélio-granulome indiquent que l'épithélium est l'agent provocateur, sous l'influence infectieuse, des formations tumorales qui nous occupent et montrent la liaison des différentes tumeurs, dont le granulome peut être l'étape première. Si cette tumeur reste habituellement bénigne, si la dégénérescence cancéreuse est l'exception, les granulomes n'en acquièrent pas moins par ces études une importance plus évidente encore; les toxines qu'ils sécrètent, leur évolution kystique possible suffiraient pour démontrer la nécessité de l'exérèse complète.

Les deux auteurs préconisent l'avulsion de la dent causale ou la résection apicale.

Cette conclusion nous paraît excessive, la fonte et la disparition du granulome, même si elle est rare, est-elle impossible à la suite de l'action du traitement radiculaire ? Ils admettent cependant que l'infection aiguë peut aboutir à l'abcédation, l'évacuation du pus alors assurée par une fistule, ou par la voie radiculaire.

L'infection très active entraîne, par bouleversement fongueux, la destruction des digitations épithéliales, ces tumeurs se vident par suppuration, on ne trouve plus alors qu'un sac fibreux aplati, ratatiné, parfois épaissi.

Dans l'observation XXVI (3), les auteurs indiquent un processus identique ne laissant vraisemblablement subsister qu'une capsule fibreuse, très dense, reliquat du granulome.

Or, comme je l'indiquais précédemment, une première radiographie nous montre parfois une aréole large, globulaire, bien circonscrite, permettant le diagnostic de granulome, accompagnée ou non de symptômes cliniques. A la suite d'un simple traitement radiculaire, l'aréole se comble, les symptômes cliniques disparaissent. L'ostéogénèse de réparation paraît complète. Cette capsule était-elle si peu organisée encore, si peu dense qu'elle ait subi une fonte totale ou échappe-t-elle à nos investigations radiographiques ?

Dans d'autres cas, la réparation osseuse est extrême, mais si la lésion initiale était volumineuse, nous constatons souvent au voisinage de l'apex, l'enveloppant ou le coiffant, la persistance d'une petite zone semi annulaire, assez nettement radio-transparente. Est-ce là l'indication de la présence du reliquat fibreux de la capsule et quel pronostic peut-on établir si cette image existe encore de nombreux mois après le traitement radiculaire, alors que les 4/5 ou même davantage de l'aréole initiale sont comblés de tissu osseux de néoformation, parfois plus dense que l'os normal.

Dans le rapport de 1923 nous avons, avec M. Charles Ruppe, cité la thèse de Haour (5) sur les ostéogénèses de réparation dans les tissus de granulation, notamment quand l'infection est légère.

« Toutes les fois qu'il y a un peu d'infection et qu'il s'établit au contact de l'os un tissu réparateur de granulation, on voit la lame des bourgeons charnus s'ossifier. Leriche et Policard en ont souvent fait la constatation histologique. On sait, d'ailleurs, que M. Leriche a proposé d'utiliser et a utilisé le tissu de bourgeonnement pour faire ossifier les cavités osseuses. »

Depuis 1926, deux ouvrages extrêmement importants ont été publiés qui ne paraissent pas encore avoir eu, dans notre profession, le retentissement qui leur est dû. Ils peuvent cependant être riches en conséquences thérapeutiques. Depuis 1915, début de leur collaboration, Leriche et Policard ont publié de nombreux travaux sur les problèmes de l'os sain et pathologique. Leur dernier ouvrage, paru en 1926, sur *la physiologie normale et pathologique de l'os*, est d'une importance considérable (12). Il est incontestable que si la dent nous préoccupe dans tous ses phénomènes biologiques, nous ne pouvons méconnaître la nature et les réactions de l'os.

(5) Thèse Haour-Lyon, 1919,-page 94 : Données actuelles sur la régénération osseuse aseptique chez l'adulte.

(12) « Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os » Professeurs R. Leriche et A. Policard, Masson, 1926.

Les travaux de Leriche et Policard offrent d'ailleurs la lecture la plus attachante, la plus passionnante qui soit (On s'arrache avec peine à l'ouvrage que je cite, si merveilleusement précis et d'une telle portée scientifique).

Après cette lecture, il est impossible de ne pas rechercher dans notre domaine tous les problèmes que nous connaissons mal et d'avoir la notion, certes encore confuse, que nous allons les mieux comprendre.

Il y a là comme l'ébauche d'une grande synthèse.

Or, l'un de nous et celui qui, parmi les meilleurs, était le plus qualifié, a su, pour nous, admirablement interpréter les travaux cités. Il a su plus rapidement les comprendre et mieux les transposer parce que son esprit était plus apte à en réfléchir la lumière, à l'interpréter même et dans son ouvrage « *Os et Dents* » (4) le Dr Frey nous fait comprendre toute la portée que les travaux de Leriche et Policard peuvent avoir pour nous. S'il cite les travaux de Cretin, de Prenant, de Retterer, il précise que le fil d'Ariane fut le bel ouvrage qu'il commente et dont il applique la recherche et l'interprétation, la philosophie même aux différents problèmes qui nous intéressent.



Les travaux de Delater et Bercher montrent, dans la formation du granulome, lequel peut être ensuite le générateur d'un kyste, la présence à l'apex, à l'orifice du canal infecté, de débris épithéliaux ; la prolifération de ces débris provoque celle du conjonctif, le granulome se constitue ; puis, à la suite de ruptures capillaires, les polynucléaires envahiront le conjonctif, le tissu épithélial pourra disparaître, les fongosités bouleverseront l'organisation du granulome et ce sera sans doute la fonte purulente de celui-ci.

Leriche et Policard indiquent que la calcification se fait surtout à distance des vaisseaux et qu'il existe un optimum circulatoire, au-dessus et au-dessous duquel la calcification ne se fait plus, l'accélération sanguine supprimant ou diminuant la stase de la lymphe interstitielle, condition de toute calcification (rupture de l'équilibre physico-chimique au sein des colloïdes, de cet état colloïdal dont A. Lumière (13) a pu dire qu'il représentait la santé, la vie, alors que l'état de floculation est l'indice de la maladie et de la mort).

(4) Os et dents, Dr Frey, *Revue de Stomatologie*, janvier et février 1928, p. 1 et 65.

Ne peut-on formuler, en conséquence, les hypothèses suivantes ?

L'hyperhémie qui accompagne la formation du granulome, d'autre part, la pression continue et croissante de la coque fibreuse entraînent la raréfaction osseuse sans que l'on ait à faire intervenir l'ostéite raréfiante que ces auteurs ne reconnaissent plus.

Par la suite, après un traitement de désinfection, qui diminue la congestion, après un curettage transalvéolaire même incomplet (et ceci expliquerait certaines réussites cliniques et radiographiques de curettage péri-apicaux incomplets [1]), l'optimum circulatoire se rétablissant, le collagène reprend le dessus sur la cellule et la mutabilité du tissu conjonctif jeune conduit à l'ostéogénèse de réparation qui se produit facilement au contact d'un os primitivement raréfié, alors qu'il doit exister une surcharge calcique locale et que la modification du tissu conjonctif crée un milieu ossifiable.

Par contre, au contact de la coque fibreuse elle-même repliée, ratatinée, l'os limiterait son développement. Leriche et Policard ont montré que l'os s'arrêtait, se modelait au contact des brides et des parois fibreuses, dans tous les cas, par conséquent, où l intervention chirurgicale est incomplète et dans tous les cas aussi où, malgré l'efficacité du traitement radiculaire, la capsule fibreuse était déjà trop épaissie.

Plusieurs années après une résection apicale, on constate parfois sur la pellicule radiographique, dans l'os reformé au pourtour de la racine sectionnée et à quelque distance de celle-ci, la présence de géodes minuscules ; ce fait est signalé dans la réparation des fractures par Leriche et Policard et j'ai pu le remarquer sur quelques clichés (fig. 10).

Ces deux auteurs hésitent à lui donner une interprétation précise actuellement (présence de sérosité empêchant la métaplasie osseuse ?) ; je ne crois pas qu'il puisse s'agir ici de tissu épithélial encerclé dans la néoformation osseuse.

Dans la cicatrisation de la plaie, après l'opération, le tissu

1. Le drainage du foyer péri-apical, par le canal radiculaire, peut suffire dans certains cas à produire une réparation ostéogénique de l'aréole, celle-ci disparaît à la radiographie, alors que le traitement de désinfection n'a pas été appliqué. Nous possédons à ce sujet une observation probante. Une incisive latérale infectée donne des symptômes légers, à la radiographie aréole nette et assez étendue. On procède à l'alésage du canal, à l'élargissement du foramen. La malade part en voyage, ne revient qu'un an après, sans qu'aucun traitement du canal ait été appliqué (à part, l'alésage), la radiographie montre la disparition de l'aréole. Vraisemblablement il s'est produit une fonte purulente du granulome, et une ostéogenèse consécutive aux modifications tumorales alors que le canal était encore fortement infecté.

muqueux et le périoste recouvriront la brèche osseuse et, s'il y a un intérêt à conserver le périoste, ce n'est pas parce qu'il édifiera de l'os, ces qualités ostéogéniques lui sont contestées (12), mais parce que son but véritable est de limiter la néoformation osseuse comme le ferait un tissu fibreux.

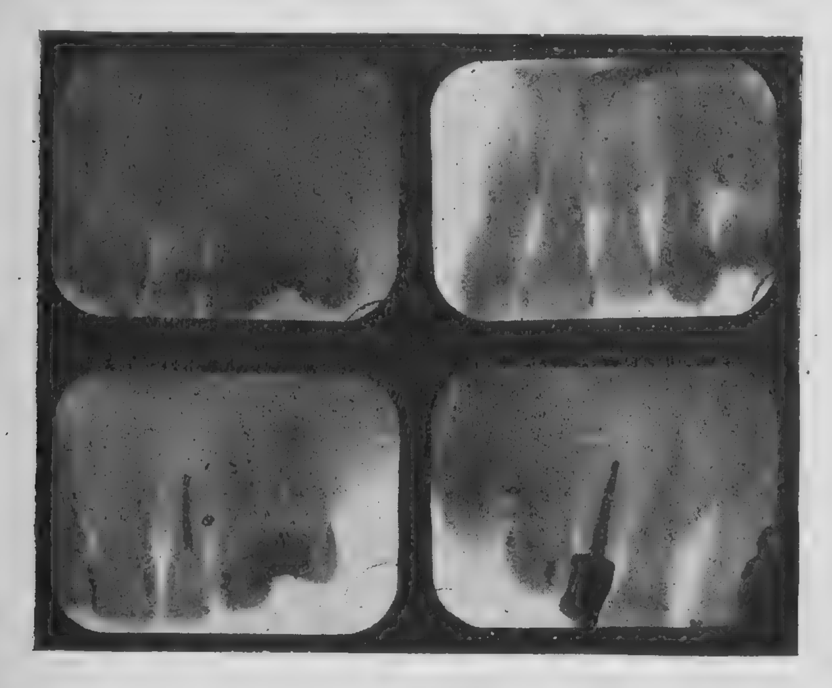
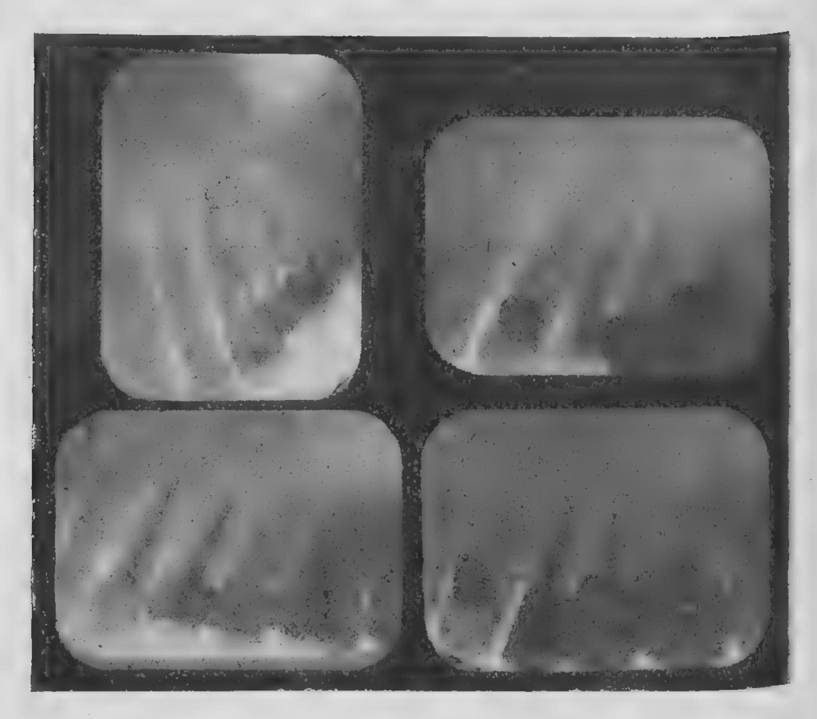


Fig. 10. — *A gauche*, en haut, incisive latérale infectée.
» en bas, 6 mois après résection et curettage, l'os n'est pas complètement reformé, la section de l'apex est oblique dans le sens L. V. d'où apparence d'obturation incomplète, étant donné les hauteurs de projection des différents plans.
A droite en haut. Au-dessus de l'incisive centrale gauche on remarque la radio-transparence du canal palatin.
» en bas. Après résection ancienne, au centre de l'os réformé, présence de géodes (sens de la flèche).

Il est possible que la surface externe de l'os où nous opérons ne soit pas absolument recouverte de périoste, notamment là où les insertions musculaires s'insèrent directement à l'os ; si le périoste existe, quelle sera son action ? R. Leriche et A. Policard lui dénient toute fonction ostéogénique ; par contre, ils reconnaissent son rôle dans la limitation de l'ostéogénèse et aussi celui de créer, dans certaines conditions, un milieu ossifiable.

Les expériences d'Ollier, reprises et élucidées par ces auteurs, prouvent qu'un lambeau de périoste décollé à la rugine et fixé en inclusion dans un interstice musculaire par exemple, ne produira de

Avant Avant



Après Fig. 11 Après

Double résection apicale. Canine et 1re prémolaire.

Double résection apicale des deux prémolaires.

Avant Tout de suite après l'opération

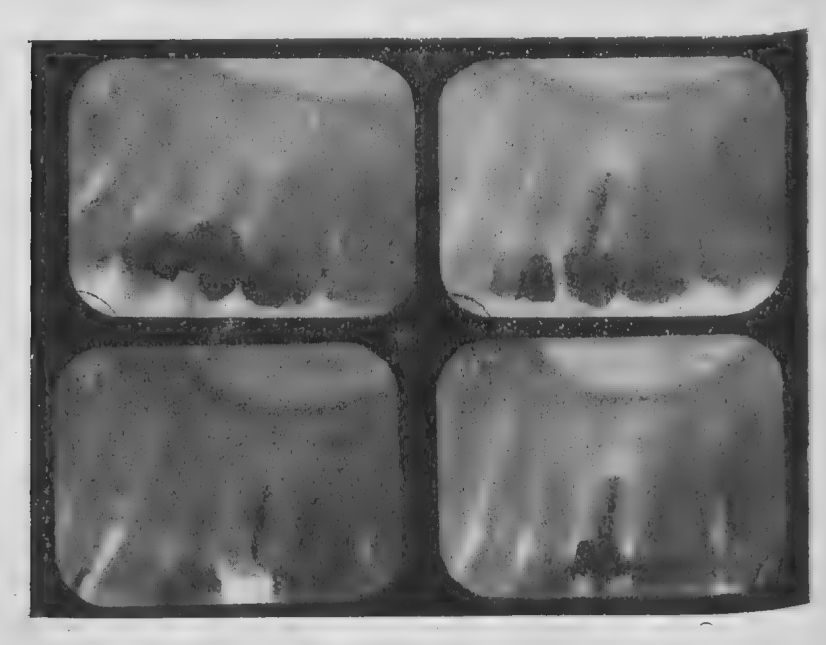


Fig. 12

3 mois après, os presque reformé, mais aspect différent de deux radiographies prises le même jour, l'une avant, l'autre après le scellement de le Richemond à tube.

l'os que s'il porte à sa face profonde des grains osseux arrachés au cours du décollement par la rugine très tranchante. Il peut y avoir là pour nous une indication opératoire.

Alors qu'au début de l'intervention, avec la rugine bien aiguisée, on a décollé la muqueuse et le périoste en raclant nettement la surface osseuse, la résection apicale faite, on ramène en place la muqueuse, on la suture. Il se forme alors dans la plaie un caillot. L'hyperhémie des couches superficielles de l'os provoque tout d'abord une résorption de ces couches, une libération par conséquent de matériel calcique, la congestion du périoste peut entraîner aussi un retour à l'état embryonnaire, le tissu conjonctif de bourgeonnement constitue un milieu ossifiable, d'après les expériences des auteurs, les travées osseuses se forment de l'os vers le périoste et celui-ci limitera leur développement, modelant la néoformation osseuse.

Il y a intérêt, au moment de l'emploi de la rugine, à opérer comme le conseillent Leriche et Policard : l'instrument bien tranchant avancera au contact de l'os normal « par petits mouvements de reptation qui zèbrent l'os de rayures perceptibles et qui laissent à la face profonde du périoste un semis de poussière osseuse » ; pour l'os déjà malade, des petites lamelles osseuses se décolleront facilement (12).

Cette technique peut favoriser la réparation ostéogénique dans nos interventions.

C'est dire que nous préconisons la suture de la plaie, elle étendra cette barrière fibreuse qui peut modeler la régénération osseuse, elle contribuera à constituer le milieu ossifiable. Quand on ne suture pas, les lèvres de la plaie se coaptent plus ou moins bien, mieux parfois le premier jour que les jours suivants et la réunion par première intention n'est souvent qu'apparente, des bourgeons apparaissent entre les lèvres de la plaie et les bords du tissu s'infléchissent dans la cavité osseuse. La suture permet au contraire d'obtenir la réunion par première intention, isole le caillot et, depuis plus de quatre ans que nous la pratiquons, nous avons toujours constaté une réparation muqueuse plus rapide. En trois ou quatre jours la réunion est absolue et la cicatrice est plus nette, les fils peuvent être retirés à ce moment. Si l'opération a été faite

(12) LERICHE et POLICARD, *Physiologie normale et pathologique de l'os*, page 210. Voir la thèse de Jean HAOUR.

avec toutes les précautions indiquées, l'infection ne se développe pas.

***

Doit-on procéder systématiquement à la simple trépanation suivie de curettage ou au contraire exclusivement à la résection apicale et au curettage ?

Le but de l'intervention est l'énucléation complète de la tumeur, le curettage intégral des fongosités, le curettage aussi parfois de l'os nécrosé.

Or, le granulome et le kyste qui s'insèrent soit à l'apex, le coiffant un peu comme le bonnet phrygien, soit latéralement, ont un volume qui correspond évidemment aux trois dimensions de l'espace ; ils ne siègent pas strictement, exclusivement, en avant de la racine, sur la table externe, mais plus souvent la formation tumorale a un grand axe mésio-distal ou palatin ou descendant pour les granulomes inférieurs qui paraissent plus réellement appendiculaires et plongent parfois verticalement.

Il est possible d'admettre que si, au moment du curettage et dans le cas de granulome typique ou de kyste, on trouve un fond osseux lisse, la pression tumorale s'est exercée plus facilement sur les régions spongieuses et pas uniquement sur la table externe mince, mais assez dense.

Dans le cas où le granulome s'étend vers la région palatine — et la radiographie ne détermine pas toujours cette extension — est-il possible de l'atteindre complètement sans pratiquer la résection de l'apex ?

Cela n'est alors possible qu'à condition de dominer verticalement cet apex, de pouvoir plonger la curette, si fine soit-elle, au delà de son contour palatin, et il est alors indispensable non seulement de créer une large brèche, mais de prolonger celle-ci vers la base alvéolaire et même au delà, ce qui oblige à désinsérer plus profondément les tissus mous, ce qui augmente aussi la masse qu'ils opposent à l'approche des instruments ; l'intervention est alors difficile, car même si nous opérons largement, nous sommes tout de même dans le domaine du minuscule et dans des limites inextensibles.

Réséquer l'os directement sur l'apex ou au delà comporte d'autres inconvénients quand la dent siège à proximité du sinus ou du trou mentonnier par exemple.

Enfin, dans de nombreux cas, le granulome descend latérale-

ment, à la radiographie nous constatons un épaississement de la ligne ligamentaire ; en liaison avec un granulome, elle indique le prolongement de la coque fibreuse tumorale (comme ont pu le constater dans leurs observations Delater et Bercher), si l'on opère au delà de l'apex et s'il faut redescendre à ce niveau, la brèche devient considérable (fig. 13).

Enfin, l'apex lieu d'origine presque constant du granulome, l'apex où siègent les débris épithéliaux est, du tissu radiculaire, la région la plus atteinte, il est fréquemment érodé et présente souvent des canaux aberrants, des diverticules. Sa conservation qui empêche même la certitude d'une bonne obturation du canal n'offre aucun intérêt. Et si l'on supprime l'apex, comme l'intervention se simplifie, elle permet de faire la brèche osseuse moins rapprochée de la région basilaire, d'accéder plus facilement aux prolongements intéressant le ligament, d'assurer latéralement et en profondeur un curettage plus complet, plus sûr et plus facile sous un contrôle visuel réel.

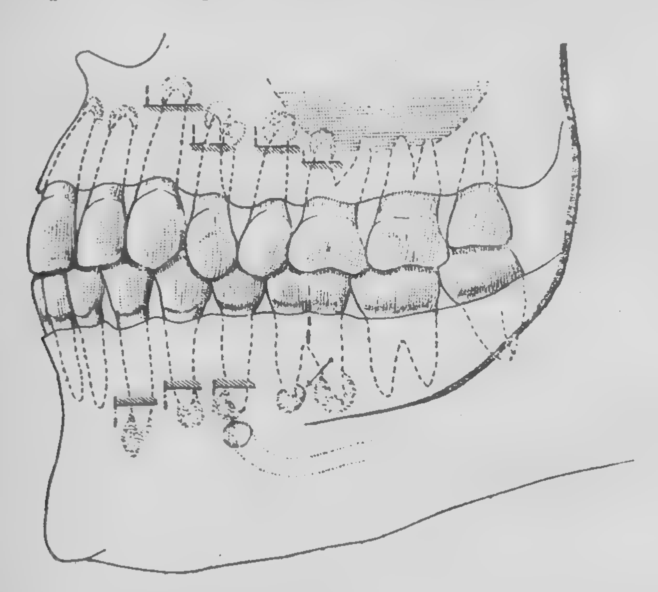


Fig. 13. — Hauteurs des apex, voisinage des granulomes avec le trou mentonnier, le sinus, etc. Les traits ombrés indiquent au niveau de leurs petites perpendiculaires l'angle d'attaque permettant, en pratiquant la résection apicale, de curetter ensuite en évitant plus facilement le sinus ou le trou mentonnier et avec un moindre délabrement osseux. Amputation partielle des racines de molaires supérieures. Avulsion partielle de molaires inférieures et curettage.

Enfin, à proximité du sinus, du trou mentonnier et même d'une collatérale à préserver, si l'attaque directe de la tumeur risque d'entraîner la lésion de ces organes, en pratiquant la résection, on

peut attaquer l'os du côté opposé au côté délicat, réséquer l'apex et, après son extirpation, curetter la région dangereuse avec le maximum de sécurité (fig. 13).

***

Nous préconisons la résection de l'apex à la fraise et non avec la pince, celle-ci est aveugle, traumatisante, incommode à utiliser le plus souvent ; si elle fracture l'apex en plusieurs fragments, l'un de ces fragments peut rester dans la profondeur.

Une fraise longue, fraise à stries longitudinales et héliçoïdales, fine et légèrement tronconique, assure aisément la section.

Il est préférable de conserver sur la portion radiculaire un revêtement osseux, celui-ci affronte la ligne de section. Il n'est pas indispensable que cette section soit absolument horizontale ou perpendiculaire au grand axe vertical de la racine. La coupe peut être oblique dans le sens mésio-distal, oblique aussi dans le sens vestibulo-lingual : de bas en haut pour le maxillaire supérieur, de haut en bas au maxillaire inférieur ; la racine sera plus longue par conséquent du côté lingual. Tout dépend du siège et des dimensions de la lésion, du contour de l'aréole ou de l'insertion du granulome. La coupe horizontale n'est donc pas toujours formellement indiquée, et la taille oblique conservant davantage de connexions à la racine est plus facile à pratiquer dans de nombreux cas, tout en permettant un curettage complet.

Si la coupe est faite obliquement dans le sens vestibulo-lingual, il faudra tenir compte, sur les radiographies consécutives, de la projection différente des deux hauteurs radiculaires vestibulaire et linguale, pouvant faire croire à une obturation incomplète ou même à l'oubli d'une partie de l'apex. Après la résection et l'extirpation de l'extrémité sectionnée, il est toujours indiqué de vérifier si l'apex est détaché entièrement et s'il présente le foramen.

***

Quand la lésion atteint deux racines voisines d'uniradiculées par une seule aréole bilobée (infection en canon de fusil de Pont), la double résection est facile.

Il est également indiqué de pratiquer, au cours de la même intervention, tout en séparant les brèches osseuses si les aréoles sont elles-mêmes séparées, la résection sur deux dents voisines ou

contiguës : les deux incisives centrales, la centrale et la latérale, la prémolaire et la canine, les deux prémolaires, etc.

Dans les prémolaires supérieures, si un granulome siège sur chaque racine, il est encore nécessaire d'extirper le premier apex pour arriver au second, la résection du second est alors difficile, sauf quand la lésion est étendue et parfois le curettage de l'apex palatin peut suffire (fig. 14).

Quant à la première molaire supérieure dont les racines vestibulaires sont enclavées dans la paroi externe et inférieure du sinus, tout dépend de l'épaississement osseux ascendant vers l'apophyse pyramidale (fig. 13).

La résection de la racine *in toto* ou amputation est souvent indiquée, sinon l'ouverture osseuse assez basse, conduisant à une résection radiculo-apicale large est préférable à la simple trépanation aveugle et dangereuse pour le sinus.

Il est à signaler que les raréfactions osseuses situées derrière les apex d'incisives centrales, dans la profondeur palatine, sens horizontal, peuvent conduire au canal palatin antérieur.

Il ne faut jamais forcer le curettage vers la table interne et le mouvement de curette sera toujours circulaire, revenant vers l'orifice de la brèche.

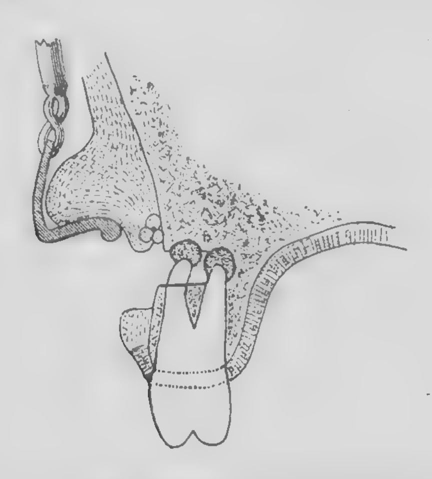


Fig. 14. — 1re prémolaire supérieure. La résection du premier apex vestibulaire permet d'atteindre le second. En coupe remarquer la mèche chaînette et le maintien par l'écarteur des tissus mous.



Dans quel cas le simple curettage est-il indiqué ?

Quand la lésion est très vaste, encerclant largement l'apex dans

tous les sens, le curettage est évidemment plus facile ; ces interventions péri-apicales sont d'autant plus difficiles que la lésion est plus petite.

Dans une lésion vaste, la brèche osseuse est le plus souvent formée, il suffit de la régulariser, le repérage de l'apex est aisé et son curettage périphérique possible.

Comme nous l'avons indiqué, la résection des racines palatines de prémolaire n'est pas toujours possible si la lésion est très limitée.

Le Dr Roy (18) (19) a indiqué un mode d'intervention concernant les molaires inférieures avec aréoles péri-apicales et destruction du septum inter-radiculaire. Il préconise, après traitement, l'obturation à l'amalgame de la vaste cavité existant entre les racines.

Après le traitement du canal, on peut curetter l'espace inter-radiculaire, parfois autour des apex.

On obtient le plus souvent des résultats excellents, cliniques et radiographiques, avec régénération osseuse péri-apicale ; le procès alvéolaire externe, évidemment, ne se reforme pas, mais les connexions restent suffisantes.

***

Dans d'autres cas et comme plusieurs auteurs l'ont indiqué, on peut pratiquer après séparation l'avulsion *in toto* de la racine la plus malade ou la moins accessible. Je complète alors le traitement radiculaire de l'autre racine en élargissant par l'alvéole libre la communication au travers du septum, ce qui permet de pratiquer le curettage ou tout au moins le drainage de l'aréole péri-apicale de la racine conservée.

***

Avant de décrire la technique que nous employons, car nous avons tous notre technique, et elle ne peut, comme originalité, offrir que des points de détail que nous perfectionnons, nous tenons à citer les travaux français de ceux qui ont étudié cette question, c'est-à-dire parmi les principaux Béal (1), Frey (4), Lacronique (9), (10), (11), Polus (15), (16), Roy (17), (18) et aussi les récentes observations de Nivard (14) sur les granulomes.

IV

Technique opératoire.

Nous n'avons plus qu'à décrire les différentes phases de l'intervention.

Soins pré-opératoires.

L'hémorragie représentant le facteur le plus gênant, celui qui fait perdre le plus de temps en nécessitant des tamponnements presque incessants, nous avons toujours eu grand avantage à faire ingérer au malade, dans lès trois jours précédant l'opération, une solution à base de chlorure de calcium ou d'un succédané. L'emploi de cette solution prise à dose croissante peut être continué le jour même de l'intervention ; il n'y a guère de contre-indication de son utilisation.

Il est évident qu'une ablation de tartre précédera de plusieurs jours l'opération, qu'en même temps on recommandera les soins d'hygiène les plus stricts et même une légère antisepsie.

L'état général du patient doit être aussi satisfaisant que possible; on n'opérera pas pendant une convalescence, au cours d'un début de grippe, ni aux approches immédiates ou en cours de période menstruelle.

Il est d'ailleurs préférable, dans les cas douteux, de demander préalablement une visite médicale générale, même si le malade ne signale rien d'anormal.

Ces interventions seront faites le matin, l'opéré comme l'opérateur sont alors en meilleure condition et si une complication se produit, hémorragie par exemple, il est plus facile d'y remédier dans la journée. Le malade ne sera pas à jeun.

Intervention.

La région à opérer est désinfectée par des frictions larges et répétées avec de gros tampons montés sur pince et imbibés de sérum de Netter ; la teinture d'iode est irritante et plisse la muqueuse.

L'anesthésie locale est faite largement en encerclant sur un grand périmètre la région de l'intervention et en injectant non seulement dans la fibro-muqueuse, mais encore dans la muqueuse au fond du vestibule, sans que l'aiguille pénètre entièrement (risque de brisure). On évitera toutefois, si l'os est détruit, d'injecter directement dans le foyer infectieux à ce moment. Bien qu'on opère toujours du côté vestibulaire, il est indiqué de faire une injection assez profonde, autant que possible dans le diploë, du côté palatin correspondant au siège de la lésion.

On évite ainsi toute sensibilité au moment du curettage.

On gardera une seringue prête afin de pouvoir injecter éventuellement quelques gouttes complémentaires en cours d'intervention.

Le champ opératoire est constitué par l'écarteur spécial monté sur le casque que j'ai décrit (14) et qui me rend les plus grands services en supprimant tout encombrement, l'aide se réservant la tâche de passer les compresses et de préparer les boîtes.

L'écarteur fixe en même temps une compresse de chaque côté de la région à opérer, une compresse masque la lèvre opposée, d'autres sont roulées dans le vestibule, on utilise une pompe à salive légère.

On peut remplacer les trois compresses par un petit champ découpé en forme d'U.

1° L'anesthésie produit le plus souvent un œdème de la muqueuse que l'on atténue par pression avec les petites compresses stériles. L'incision faite avec un bistouri de taille moyenne plonge jusqu'au périoste, elle intéresse exclusivement le tissu muqueux, légèrement au-dessous de la ligne apicale, jamais (comme l'a répété maintes fois le Dr Roy) dans la gencive ou fibro-muqueuse (fig. 15).

Elle doit être longue, débordant de chaque côté des racines collatérales de la région à opérer, faite au minimum sur la largeur des trois alvéoles, elle sera rectilinéaire le plus souvent, horizontale infléchie seulement là où existe une bride musculaire ou un frein labial dont on respectera l'insertion. Les incisions compliquées, semi-circulaire, en T, etc., sont inutiles et même nuisibles pour les lambeaux, la suture est plus difficile, la réparation moins rapide.

L'incision horizontale doit être assez longue pour permettre le décollement et un large refoulement des tissus dans sa partie centrale. Après un tamponnement pour hémostase, on refoule la lèvre supérieure de la plaie avec la rugine courbe de Farabeuf, sous le périoste, bien au contact de l'os, en raclant celui-ci (v. p. 321).

J'utilise deux largeurs de rugines de Farabeuf, au voisinage du frein la petite rugine de Sebileau est utile. Le refoulement du tissu doit découvrir toute la partie profonde de l'alvéole, région apicale comprise. Léger refoulement de la lèvre inférieure de la plaie sans décoller la fibro-muqueuse si possible (fig. 16).

Assèchement par compresses et aussitôt après, une mèche chaînette comme celle que j'ai décrite en 1922, de même longueur que l'incision et de 2 m/m 1/2 à 3 m/m de diamètre environ est soigneusement refoulée sous la lèvre supérieure de la plaie, une com-

(14) Matériel opératoire pour kyste, résection apicale, etc... P. HOUSSET : *Odontologie*, année 1922, p. 734.

presse exerce sur elle une pression douce pendant quelques secondes (fig. 17 et fig. 14).

Il est très rare si la mèche est bien placée que l'hémorragie se reproduise ; quant à la lèvre inférieure de la plaie, elle-même ne saigne plus ou peu. Je rappelle que ces mèches (point de chaî-

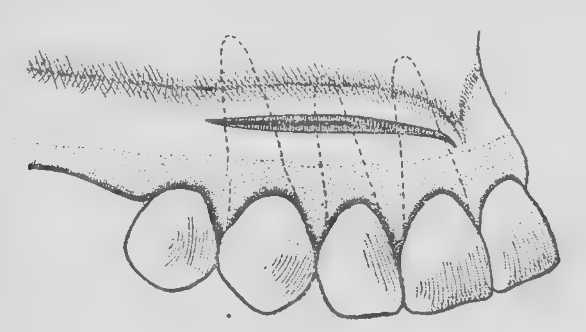


Fig. 15. — Hauteur et largeur de l'incision. Incurvation à proximité du frein labial.

nette) ne peuvent laisser aucune effilochure dans la plaie. L'os est alors dénudé, très apparent et presque asséché, on retrouve assez nettement le contour alvéolaire de la racine malade et le contour proximal des racines contiguës.

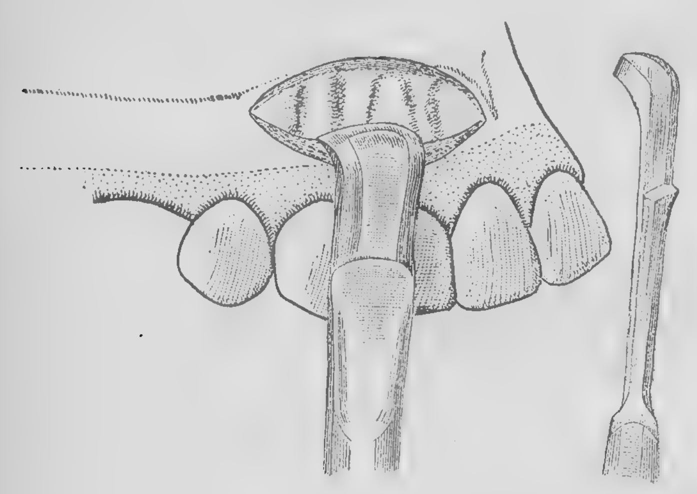


Fig. 16. — La rugine de Farabeuf décolle muqueuse et périoste (?) en raclant fortement l'os.
La lèvre supérieure de la plaie est fortement relevée, l'inférieure est à peine abaissée.

Il est facile de reconnaître la région apicale et le plus souvent, dans la région du granulome ou du kyste, la lame osseuse est perforée (fig. 17).

Une sonde nº 6 plonge facilement et permet un premier contrôle d'orientation de la lésion en conformité avec l'image du film. L'os est réséqué à l'aide du ciseau gouge droit, ou courbe dans certains cas d'accessibilité difficile (modèle de Stacke deux largeurs) et du maillet (fig. 18).

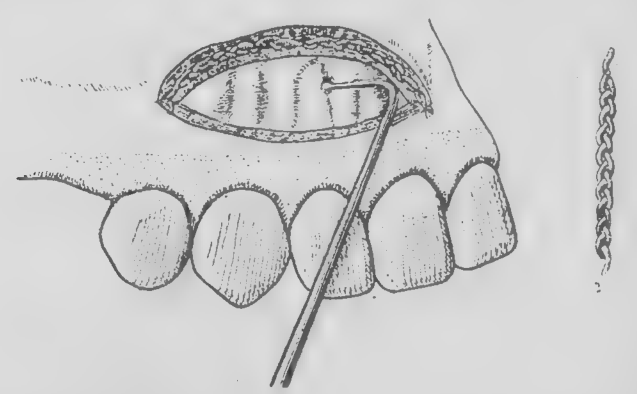


Fig. 17. — La mèche chaînette est en place sous le rebord de la lèvre supérieure de la plaie (la mèche figurant sur le côté droit est représentée un peu trop fine).
La sonde indique la résorption de l'os.

Je préfère la gouge à la fraise, celle-ci peut déraper, écrase le tissu osseux, dilacère parfois les tissus mous, elle peut user en même

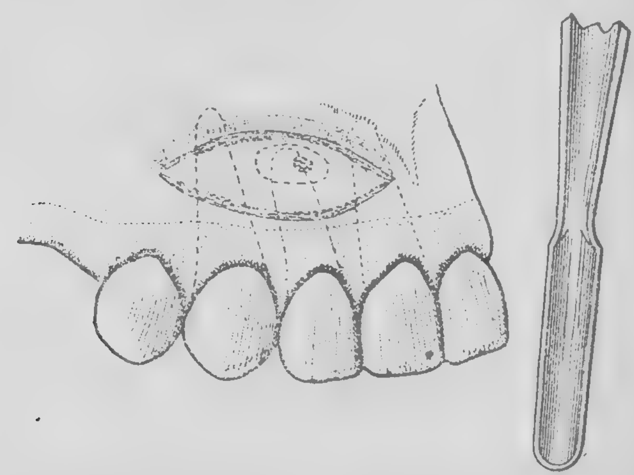


Fig. 18.— La gouge (2 largeurs) va ouvrir selon le tracé indiqué. L'ouverture sera faite à la demande de la lésion, en allant de la périphérie vers le centre.

temps la table osseuse et la racine, rendant ensuite plus difficile le repérage du contour radiculaire ou apiculaire.

Avant d'utiliser le ciseau gouge, les limites de la surface osseuse

à réséquer sont déterminées. On résèque le tissu en allant de la périphérie vers la lésion, latéralement, laissant un revêtement osseux suffisant sur les collatérales indemnes d'infection. Les chocs du maillet seront très atténués si le ciseau est très aiguisé.

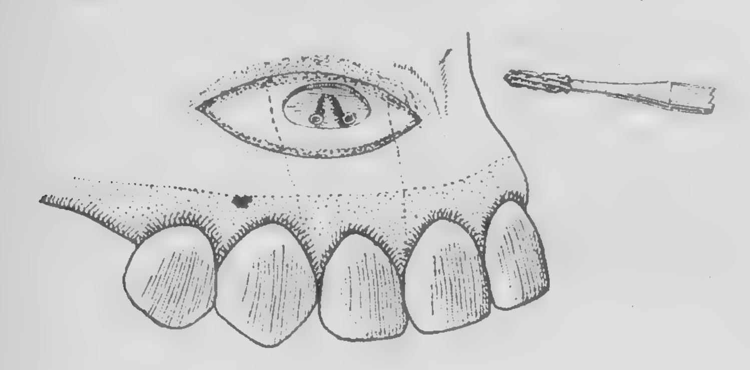


Fig. 19. — L'apex apparaît, un premier curettage est fait, la fraise va sectionner bilatéralement l'apex. La fraise qui figure à droite du dessin est d'un calibre trop fort, un calibre de 1mm suffit.

On attaque ensuite l'os vers le sommet alvéolaire apical toujours de la périphérie vers le centre ; enfin on limite l'ouverture vers le bas en dénudant strictement l'apex.

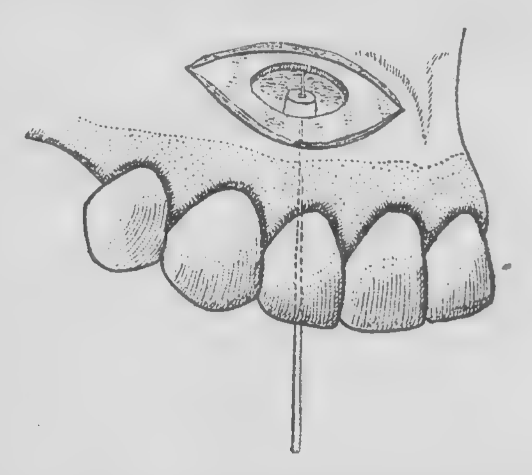


Fig. 20. — Une tige dans le canal permet de mieux situer l'apex. La transillumination permet de vérifier le curettage. Ici le tronçon radiculaire déborde. En réalité l'os devrait l'affleurer du côté vestibulaire.

Il est indiqué de vérifier avec une sonde mousse l'étendue de la lésion, d'agrandir au besoin, en la régularisant, la fenêtre osseuse.

On procède à un premier curettage aussi complet que possible, mais sans forcer, dans les régions rétro-apicales où la curette ne passe pas.

L'image radiographique est un guide précieux à consulter fréquemment, l'apex est dégagé bilatéralement, sans qu'il soit absolument nécessaire de dénuder exagérément la racine si une partie de la coque fibreuse ou des fongosités descendent longitudinalement. Avec une fraise à fissure fine, on entame la racine sur chaque face latérale jusqu'à sectionnement complet ou presque complet que l'on peut achever par un léger coup de gouge ou de rugine droite. Il est nécessaire de se souvenir des différentes épaisseurs radiculaires au niveau apical, dans le sens vestibulo-lingual (fig. 19).

(La résection faite uniquement au ciseau gouge est brutale, elle est aussi dangereuse que celle faite avec la pince, risquant de fêler la racine ou de briser l'apex en deux ou trois fragments).

Le plus souvent l'apex coupé se mobilise et s'énuclée facilement avec une petite rugine de dentisterie. Il est rarement nécessaire de le dégager davantage, à l'exception des cas de courbure marquée de l'extrémité ou d'hypercémentose.

On procède enfin à un curettage profond rétro-apical, en évitant ainsi un trop grand délabrement osseux en hauteur. Les faces latérales sont vérifiées.

On peut, notamment au maxillaire supérieur, obtenir une poche osseuse très déclive, assurée d'un bon drainage. Au maxillaire inférieur, il est nécessaire parfois d'ouvrir davantage en descendant verticalement pour obtenir une meilleure déclivité. De toutes façons, le curettage est alors très complet, facile, conduisant au contact direct du fond osseux, que l'on écouvillonne ensuite avec des compresses.

La trans-illumination palatine rend alors de grands services, l'os transparent, d'un ton homogène, est en général sain, les fongosités restantes paraissent gris sombre, elles sont peu transparentes à la lumière. Très fréquemment le kyste et le granulome s'énucléent d'une seule pièce, quand ce dernier n'est pas à la phase des fongosités suppurantes et que la différenciation épithélio conjonctive existe encore probablement. On utilise des curettes fines et même des excavateurs cuiller pour le curettage des petits récessus.

Une sonde d'acier à canaux guide pour le repérage de l'apex en localisant le centre de la section et en permettant de vérifier si celle-ci est complète (fig. 20).

On élargit le canal avec une série de beutelrocks dont le dernier est d'un calibre nettement plus fort que celui du canal. Au moyen

d'un laveur spécial et d'une canule fine introduite dans la racine, on irrigue avec du sérum de Netter, on tamponne ensuite la brèche osseuse et l'on nettoie le canal avec des mèches, on enlève toute trace de sang, puis on passe de l'alcool, de l'éther ou de la ligroïne, on dépose dans le canal une légère couche de pâte antiseptique et l'on enfonce une tige d'étain qui doit aboutir, en débordant légèrement, à l'ouverture de la section.

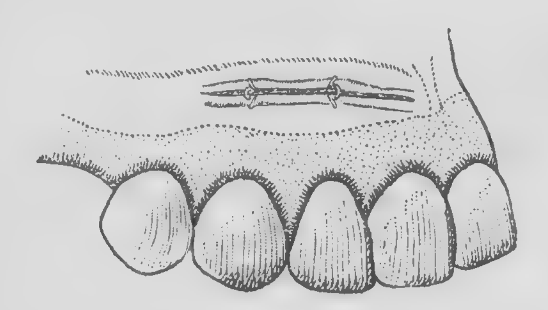


Fig. 21. — Après l'obturation du canal, la suture est faite après avoir ramené l'une vers l'autre les lèvres de la plaie. La cicatrisation de la muqueuse est extrêmement rapide. De 3 à 5 jours après la suture les lèvres sont réunies par première intention.

Ces tiges d'étain de la grosseur d'un gros beutelrock sont perforées à une extrémité et fixées sur une pointe mousse de sonde, sur laquelle elles sont modérément serrées. Elles sont stérilisées montées sur la sonde. Cette dernière permet de les mettre en place et leur extrémité est écrasée sur la surface de section soit avec un brunissoir stérile, soit avec une fraise à finir aseptique. De légers mouvements latéraux dégagent la sonde. La tige d'étain au moment de sa mise en place est enrobée dans la pâte antiseptique.

L'entrée du canal est protégée par une pâte imperméable non colorante, il faut toujours vérifier la propreté de la chambre pulpaire si l'on veut éviter tous risques de coloration rapide par l'hématine.

On contrôle la netteté de la section radiculaire, la plaie est lavée au sérum de Netter, on retire la mèche chaînette ; avec une spatule mousse, les lèvres de la plaie sont ramenées à proximité l'une de l'autre, elles sont lissées avec une compresse et l'on suture par deux ou trois points symétriques, peu serrés, perforés nettement à distance des bords. On utilise du catgut très fin et une aiguille à suture mince et très courbe.

Soins post-opératoires.

Ce sont ceux de toute opération : repos, faire assurer la perméabilité rénale, antisepsie buccale non irritante pendant plusieurs jours, éviter toute fatigue et tout refroidissement, contrôle de la température.

Il est important de mettre en garde le malade contre une hémorragie secondaire possible, très rare quand la plaie est suturée et cédant à une légère compression, la compresse imbibée au besoin d'hémostyl ; si la filtration hémorragique est plus tenace, l'ingestion d'arhémapectine est en général efficace.

Les douleurs sont exceptionnelles.

L'œdème est assez rare, peu marqué ; il est inutile de chercher à le faire disparaître ; nous ne préconisons pas les compresses froides ou chaudes, il suffit d'indiquer qu'il est sans gravité, il n'acquiert d'importance que si la plaie s'infecte ; or, si toutes les précautions ont été prises, l'infection est absolument exceptionnelle.

Au maxillaire inférieur, il faut surveiller si un œdème se produit du côté lingual, accompagné de disphagie.

Au moindre doute, d'ailleurs, il est facile de faire sauter un point de suture, mais si la plaie est déclive, la suture peu serrée et l'asepsie réelle au cours de l'intervention, il ne se produit pas de complications ; nous ne croyons pas utile, mais plutôt nuisible de vernir la suture ou de fixer une compresse sur le territoire opéré.

Les fils de suture sont enlevés le troisième ou le quatrième jour.

Il est indiqué de prendre une radio quelques jours après l'opération et une autre six mois ou un an après. La cicatrice se présente alors sous l'aspect d'une ligne plus claire, légèrement saillante et l'os est alors reformé en grande partie, sinon en totalité.

Bibliographie

1. Béal. — Résection de l'apex, 1908, *Revue de Stomatologie.*
2. Chenet. — Extraction chirurgicale des fragments radiculaires, 1929, *Odontologie.*
3. Delater et Bercher. — Le granulome para-dentaire, 1923, *Revue de stomatologie*, p. 257.
4. Frey. — Os et dents, 1928, *Revue de stomatologie*, p. 1 et 65.
5. Haour. — Données actuelles sur la régénération osseuse aseptique chez l'adulte. Thèse, Lyon, 1929.
6. Housset P. — Rapports sur les infections péri-apicales et leur relation avec l'état général des malades, 1921, *Odontologie*, p. 656, 709, 787.
7. Housset P. — (En collaboration Godefroy, Hulin, Miégeville, Ruppe Ch.). Rapport sur le traitement des canaux (Bordeaux 1923), 1924. *Odontologie*, p. 171, 261, 360, 472.
8. Housset P. — Matériel opératoire pour résection apicale, kyste, etc., 1922, *Odontologie*, p. 734.
9. Lacronique. — Considérations sur le traitement chirurgical des foyers d'infection péri-apicaux, 1925, *Revue de stomatologie*, p. 279.
10. Lacronique. — Contrôle radiographique de guérison d'une résection apicale, 1923, *Revue de stomatologie.*
11. Lacronique. — Faits cliniques à propos du curettage péri-apical avec amputation de l'apex, 1927, *Revue de stomatologie*, p. 200.
12. Leriche et Policard. — Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os, 1926, Masson, éditeur, Paris.
13. Lumière Auguste. — Théorie colloïdale de la biologie et de la pathologie, 1922, Chiron, éditeur, Paris.
14. Nivard. — Aspect radiologique des lésions péri-apicales, 1929, *Revue odontologique*, p. 82.
15. Polus. — La radiographie en art dentaire, 1921, *Journal dentaire belge*, n° 5.
16. Polus. — Quelques réflexions sur la résection apicale, 1923, *Odontologie*, p. 59.
17. Roy. — Le curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques, 1909, *Odontologie*, n° 20.
18. Roy. — Le curettage apical, 1925, *Odontologie*, p. 1.
19. Roy. — Les obturations inter-radiculaires, 1928, *Odontologie*, p. 453.

L'ÉTAT ANAPHYLACTIQUE ET LA PYORRHÉE

Par Ch. Hulin

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 9 avril 1929).

(Semaine Odontologique)

616.314.17 0081

Dans une série de travaux publiés antérieurement, nous avons invoqué comme facteur principal et indispensable à l'évolution du syndrome pyorrhéique un état particulier de l'organisme : *L'état anaphylactique.*

C'est cet état particulier que nous allons définir aujourd'hui devant vous. C'est là un des problèmes les plus complexes et les plus vastes de la biologie moderne, et dont la solution intégrale renferme la clé de la médecine de demain.

Nous laisserons volontairement dans l'ombre les manifestations de cet état, qui ont un rapport avec la pathologie générale, exception faite pour la détermination de l'état *pyorrhéique* par instabilité humorale, état ayant des rapports étroits avec l'arthritisme en général.

Comme nous le disions précédemment, l'état anaphylactique est caractérisé par une véritable instabilité *statique* des composants humoraux et tissulaires, qui acquièrent de ce fait la tendance au déséquilibre et à la floculation, sous des influences diverses, parfois de corps chimiques souvent impondérables.

C'est cette instabilité humorale qui est actuellement identifiée par un grand nombre d'auteurs à l'idiosyncrasie des anciens, et plus près de nous à l'état arthritique, quoique cette instabilité humorale puisse revêtir des formes nombreuses et souvent disparates, vu le polymorphisme des réactions qu'elle peut engendrer. Cette *instabilité humorale* ou faculté de *floculer* est expliquée à l'heure actuelle par les lois qui régissent l'équilibre des colloïdes. On peut du reste reproduire expérimentalement cette instabilité *in vitro* et *in vivo*, en opérant dans les conditions convenables. Examinons donc quelles sont ces lois qui régissent les colloïdes, et par extension l'état anaphylactique.

Immunité.

D'après les lois de l'immunité, si l'on introduit dans un organisme vivant une petite quantité d'une substance ayant des effets toxiques (substance choisie en général parmi les cristalloïdes), et si cette matière n'est pas injectée d'emblée à dose meurtrière, il s'ensuit que cet organisme acquiert la résistance suffisante pour n'être plus incommodé par l'introduction successive et progressivement plus forte d'une quantité de cette même substance, qui d'emblée eût été mortelle.

Cette faculté de l'organisme à résister à des doses de plus en plus fortes d'une substance toxique constitue *l'immunité.*

Anaphylaxie.

Dans l'état anaphylactique ou d'instabilité humorale au contraire, si l'on se place dans les mêmes conditions d'expérience, et que l'on injecte dans la circulation d'un animal une substance du *groupe des colloïdes,* groupe constitué par les substances albuminoïdes animales ou végétales, qui sont dépourvues totalement de toxicité propre, on peut en injecter une grande quantité sans aucun dommage pour l'animal, *tout au moins* lors de *la première injection.* Si l'on renouvelle l'injection de cette même substance, même à dose extrêmement faible, on voit se dérouler un véritable cataclysme qui aboutit à la mort rapide de l'animal qui a servi à l'expérience. Or, d'après les lois de l'immunité précitée, on serait en droit d'obtenir, dès l'injection suivante, une résistance accrue. Ce sont ces phénomènes, contraires en apparence à l'immunité, que Richer nomme : *Phénomènes anaphylactiques.*

Ces phénomènes anaphylactiques peuvent avoir des conséquences de deux ordres différents :

1° Des conséquences d'ordre général, qui se traduisent par une chute brusque de la tension artérielle, de la leucopénie, et l'inversion de la formule leucocytaire, puis collapsus et mort par asphyxie. Ces réactions générales se produisent lorsque la rencontre des colloïdes antagonistes a lieu dans la circulation centrale ;

2° Des conséquences d'ordre local, qui se traduisent par des rougeurs, démangeaisons, congestions, érythèmes, puis dégénérescence cellulaire et nécrobiose. Ces lésions locales entraînent tout le cortège des complications que provoque l'infection polymicrobienne en terrain désorganisé et dont la défense est amoindrie.

Ces lésions d'anaphylaxie locale se produisent lorsque la rencontre des colloïdes antagonistes a lieu au niveau des tissus qui sont baignés par des humeurs sensibilisées, soit accidentellement (par maladie), soit expérimentalement.

C'est à ces lésions d'anaphylaxie locale que nous avons comparé les lésions macroscopiques et microscopiques des tissus gingivo-dentaires pyorrhéiques. Ces lésions sont *absolument comparables*, que les tissus proviennent de cas naturels ou de cas expérimentaux.

Etat pyorrhéigène.

Nous avons de même rapproché l'état pyorrhéigène de l'état dans lequel se trouve un organisme qui a reçu la première dose sensibilisante d'une substance colloïdale, état qui va le rendre apte à réagir à des doses infinitésimales de la même substance, quand elle se trouvera au contact de ses tissus.

Lois colloïdales.

Nous avons dit précédemment que toute cette pathologie spéciale était régie par les lois qui président à l'état colloïdal. Quelles sont donc ces lois et quelle est donc la nature de ces substances capables de sensibiliser un organisme, puis de déterminer des accidents semblables? *En un mot, quelle est donc la nature des substances colloïdales* ?...

Si nous choisissons parmi les corps chimiques se présentant sous forme cristalline (cristalloïdes) un sel tel que le chlorure de sodium, et que nous le soumettions à la *dialyse*, au travers d'une membrane de parchemin, nous pourrons constater, au bout d'un certain temps, que la presque totalité du chlorure de sodium est passée au travers de la membrane dialysante et s'est répartie dans l'eau qui se trouvait de l'autre côté de cette membrane. Si l'on dose la quantité de Na CL restant dans le dialyseur, on constate que la concentration est la même des deux côtés de la membrane. Il s'est produit un phénomène *d'osmose* au travers de cette membrane, et la solution de sel s'est *équilibrée* comme concentration, d'un côté comme de l'autre.

Les corps qui ont la propriété de passer au travers des membranes se nomment des *cristalloïdes* et ils ont tendance à cristalliser de leurs solutions.

Au contraire, si nous prenons un liquide organique : dissolution de gomme arabique, gélatine, sérum sanguin, blanc d'œuf dilué,

etc... et que nous soumettions l'un de ces corps à la dialyse, nous pourrons constater qu'aucune de ces substances ne traverse la membrane de parchemin, *elles ne dialysent pas* comme les cristalloïdes. Ce sont ces corps qui ne dialysent pas, ces corps à grosses molécules, pour la plupart de nature albuminoïde, ces matières *protéiques*, qui sont capables de provoquer l'état anaphylactique, ce sont ces corps que l'on nomme des colloïdes (étymologiquement, substances semblables à de la colle).

Nous savons d'autre part que les humeurs qui baignent nos tissus, ainsi que nos tissus eux-mêmes, constituants cellulaires, protoplasmiques ou nucléaires, sont constitués par des substances colloïdales. Voyons maintenant la constitution intime de cet état colloïdal de la matière. Prenons un exemple :

Si nous examinons du sérum sanguin à l'œil nu, nous ne voyons rien de particulier, mais si nous l'observons sous certaines conditions physiques, nous pourrons nous rendre compte que ce liquide n'est pas *optiquement vide*, comme le serait, par exemple, une solution de chlorure de sodium dans de l'eau. Si nous examinons ce sérum au néphéloscope ou au microscope muni d'un appareil à fond noir, nous provoquons le phénomène de TYNDALL, qui nous révèle la présence dans ce liquide de corpuscules extrêmement fins en suspension, à la façon dont sont révélés les grains de poussière, par un rayon lumineux traversant une chambre obscure. En examinant plus attentivement, avec un grossissement suffisant, nous voyons que ces corpuscules qui se maintiennent en suspension dans un liquide, qui devient le liquide *intercorpusculaire*, ne précipitent pas, ou tout au moins ne précipitent que sous certaines influences, nettement déterminées, que nous examinerons plus loin.

Ces corpuscules, ou plutôt ces agrégats, sont constitués par des groupes de molécules agglomérés ensemble par million, mais quel que soit leur nombre, ils sont toujours de l'ordre de grandeur d'un dix millième à un cent millième de millimètre de diamètre.

On sait d'autre part que ces agrégats moléculaires possèdent une charge électrique de signe déterminé, soit plus, soit moins, et constituent comme une sorte de noyau, qui est entouré par une mince couche homogène possédant aussi une charge électrique, mais toujours de signe contraire à la charge du noyau central.

C'est cet ensemble, cet agrégat moléculaire, ce granule revêtu de sa couche périgranulaire, qui constitue le caractère fondamental

des substances colloïdales et que l'on nomme habituellement une *micelle colloïdale.*

Ces micelles colloïdales, de différentes grosseurs, mais toutes semblables comme organisation, baignent, comme nous l'avons déjà dit, dans le liquide *intercorpusculaire* ou *intermicellaire*, et restent en suspension dans ce liquide, sans jamais précipiter, tout au moins tant que le liquide considéré est un colloïde parfait.

Le liquide intermicellaire, lui, est constitué par des *molécules* libres, qui ne sont pas agglomérées ni retenues par une couche périgranulaire, comme nous le constatons autour des micelles. Ces molécules offrent le même aspect que celles que l'on observe dans les solutions parfaites, non colloïdales, telle qu'une solution de Na CL ou de sucre dans de l'eau.

Sous certaines conditions d'examen, nous pouvons observer ces molécules, et constater qu'elles sont toutes animées d'un mouvement, mouvement sans ordonnancement, se faisant dans tous les sens, sans direction déterminée et que l'on nomme le mouvement *Brownien.* Ces mouvements moléculaires exercent des forces multiples sur les parois du récipient qui contient le liquide, et les molécules s'entrechoquent mutuellement, rebondissent et vont briser leur élan contre d'autres molécules, pour repartir de leur mouvement sans cesse renouvelé. Dans une solution colloïdale, ces molécules en perpétuelle agitation transmettent leur mouvement aux micelles qui nagent dans ce liquide ne contenant que des molécules libres.

Ces mouvements Browniens peuvent être plus ou moins actifs, plus ou moins intenses, cette amplitude, cette activité moléculaire est en rapport direct avec certaines propriétés physico-chimiques, variables sous des influences déterminées : la *viscocité*, par exemple, c'est-à-dire la résistance qu'éprouve un liquide à passer par un orifice déterminé, son épaisseur comme l'on dit communément, telle une solution de gomme arabique ou de glycérine, qui offre une viscocité plus ou moins grande, d'où répercussion sur l'agitation moléculaire, qui est plus ou moins forte.

Il en est de même de plusieurs autres propriétés qui influent sur la violence de ces mouvements, telle la pression osmotique, la tension superficielle, ainsi que la force, l'énergie du potentiel électrique emmagasiné dans chaque molécule ; dans les colloïdes le potentiel électrique de la couche périgranulaire de la micelle agit de même et augmente les mouvements.

Les micelles ainsi ballottées sont précipitées les unes contre les autres, mais la charge électrique de leur couche externe étant de même signe à toutes pour un colloïde donné, il s'ensuit une action répulsive des micelles entre elles, elles obéissent ainsi aux lois normales de l'électrisation, qui veut que deux électricités de même signe se repoussent.

Maintenues ainsi en suspension au sein du liquide intermicellaire, comme les astres dans le ciel, les micelles restent en équilibre, ne floculent pas, selon l'expression consacrée, tout au moins tant que leur architecture est respectée, et tant que ces phénomènes d'agitation moléculaire et de répulsion électrique existent.

Nous venons d'examiner, par un tableau rapide, la structure de l'état colloïdal, ainsi que les lois qui président au maintien de cet état ; et puisque nous savons déjà que tous les êtres vivants sont constitués par des colloïdes, c'est donc l'état de suspension parfait des agrégats moléculaires ou micelles colloïdales qui conditionne la vie, puisque c'est cet état colloïdal que l'on retrouve chez tous les êtres animés ; qu'il s'agisse de leurs tissus solides ou liquides, protoplasmas, noyaux, lymphes, sang, partout l'état colloïdal conditionne la vie.

Perturbations colloidales et leurs conséquences.

Nous venons de voir le rôle primordial de l'état colloïdal chez les êtres vivants ; toute perturbation, toute modification, tendant à amoindrir ou à détruire cet état, aura donc des répercussions sur l'être qui les subira. Nous savons déjà l'influence des modifications des constantes physiques (viscosité, concentration moléculaire, pression osmotique, etc...). Or, ces constantes peuvent être modifiées par le simple jeu de la vie normale ; les échanges nutritifs, le métabolisme vital, provoquent l'évolution perpétuelle des colloïdes organiques, les amènent vers la désintégration, provoquant le vieillissement, la sénilité, puis la mort de l'individu, alors que les modifications structurales brusques de l'état colloïdal provoquent les maladies et la mort selon leur étendue, leur brusquerie et leur intensité.

La désintégration lente des micelles colloïdales, la floculation lente des éléments micellaires en suspension, peut se produire de plusieurs façons, par les modifications des constantes physiques, puis, comme action surajoutée, par l'intrusion de colloïdes hétérogènes, c'est-à-dire provenant d'organismes d'autres espèces, qui

provoquent la décharge électrique de la couche périgranulaire, par contact ; puisque l'on sait qu'il suffit de mélanger deux colloïdes de signe électrique contraire pour que les micelles s'attirent, se fusionnent et tombent, précipitant, floculant au fond du récipient, ou au sein de l'organisme, *sur le lieu de la rencontre.*

Nous voyons ainsi l'importance que peut avoir l'introduction accidentelle ou expérimentale, ou dans un but thérapeutique (sérum) de substances colloïdales hétérogènes, substances albuminoïdes ou protéiques, que l'on trouve normalement chez tous les êtres animés et même chez les végétaux (substances alimentaires).

L'être ainsi sensibilisé à ces substances est marqué pour sa vie, toujours il réagira lorsque son organisme sera remis en présence de la substance colloïdale qui l'a sensibilisé, et la violence de la réaction ne sera jamais atténuée par le temps.

La plus petite effraction des tissus tégumentaires, plaies ou inflammations des épithéliums de revêtements, entérites, cholécystites, néphrites, ou toute autre lésion viscérale, foie, rein, poumon, peuvent provoquer l'intrusion des protéines étrangères, favorisant ainsi la sensibilisation de l'organisme à un nombre infiniment grand de substances colloïdales, et comme l'écrit M. A. LUMIÈRE, dans son beau livre (*La vie, la maladie et la mort*) *loco cit.* :

« Chaque fois qu'un individu se trouve accidentellement imprégné par une protéine étrangère à son organisme, il est établi d'une « façon indiscutable que ses humeurs acquièrent une propriété « nouvelle, une sensibilité qui les fait réagir à cette même protéine, « à tout contact nouveau, l'individu ne se désensibilise que temporairement et incomplètement, en sorte que l'acquisition humorale qu'il a réalisée subsiste pendant toute la vie. »

Pendant toute la vie, et même au delà, puisque l'on vient de démontrer la transmission héréditaire de l'anaphylaxie.

Il suffit donc de l'introduction accidentelle d'une substance protéique au sein de l'organisme, au delà des barrières protectrices constituées par les épithéliums, à la faveur d'une blessure ou sous l'influence d'une maladie lésant les parenchymes organiques, pour sensibiliser, pour détruire l'architecture colloïdale, par saturation de la couche périgranulaire, et décharge du potentiel électrique des molécules constituant les humeurs.

C'est par le même mécanisme qu'agissent les produits d'élaboration microbienne, ou les corps microbiens eux-mêmes.

Cette communauté d'action explique la brusquerie, la spontanéité des modifications vitales que l'on observe dans les maladies aiguës ou chroniques d'origine microbienne, et les réactions observées apparentent ces états pathologiques aux perturbations partielles ou totales que l'on observe en faisant agir l'antagonisme colloïdal.

Après avoir passé en revue ce qui caractérise l'état anaphylactique et examiné les lois colloïdales qui régissent cet état, nous avons pressenti déjà le rapport étroit qui existe entre l'état arthritique et l'état anaphylactique, et nous avons admis, identifié, cette cause d'ordre général acceptée par tous, et l'avons classée sous le terme « état pyorrhéigène » ou « maladie floculante et précipitante par astatolyse ou instabilité humorale ».

Nous avons de même identifié les lésions pyorrhéiques comme étant dues à un état d'anaphylaxie locale, avec retentissement local et accidents nécrobiotiques d'anaphylaxie des humeurs, avec de nombreux épiphénomènes surajoutés. Nous allons développer cette théorie et donner les phases successives qui caractérisent ces états particuliers, car l'état pyorrhéigène est un état fort complexe relevant de plusieurs facteurs morbides, qui réagissent les uns sur les autres chacun pour leur compte, et dont la somme détermine l'élimination de la dent.

Nous avons défini précédemment l'ordre chronologique des figures histologiques de la pyorrhée; nous allons tenter d'établir la marche des désordres biologiques qui *orientent* ces figures, et de déterminer la part qui revient à chacun de ceux-ci dans la production du « syndrome pyorrhéique ».

L'état pyorrhéigène est lié en premier lieu, avons-nous dit, à un état spécial de l'état général (théorie admise par presque tous les auteurs) ; il nous reste à déterminer de quelle nature est cet état particulier de l'organisme.

D'après nos *propres expériences*, il résulte que cet état général pyorrhéigène est bien un état dans lequel *les humeurs* sont hypersensibles à l'action des colloïdes hétérogènes ou autolytiques, qui ont engendré cet état d'hypersensibilité (anaphylaxie). Cette hypersensibilité spécifique provoque des « floculations » et trouble ainsi l'architecture des composants colloïdaux organiques, déterminant un état de moindre résistance, la nécrobiose des cellules des tissus gingivo dentaires, et permet *secondairement* leur envahissement par les agents infectieux, qui ajoutent, *à leur tour*, des modifications colloïdales aux milieux.

Ces lésions primitives s'accroissent par le contact prolongé et sans cesse renouvelé des protéines spécifiques, toujours présentes.

Les colloïdes cellulaires et humoraux ainsi floculés déterminent une excitation sur les extrémités neuro-végétatives, d'ou vaso-dilatation, suractivité circulatoire, et néo-vascularisation intense, puis multiplication des figures kariokinétiques au niveau de l'épithélium, d'où prolifération des assises profondes.

La vaso-dilatation, la néo-vascularisation, en intensifiant la circulation sanguine, provoquent l'ostéolyse des procès alvéolaires, car *la suractivité circulatoire est incompatible avec le maintien de la densité osseuse*.

Plus tard, et selon l'intensité de l'infection microbienne l'ostéolyse se complique d'ostéite.

Sur ces désordres biologiques se greffent des désordres d'ordre physique, telle l'action du traumatisme qui s'organise et se développe à la faveur des facteurs précédents, ajoutant les modifications chimico-physiques qui lui sont propres aux phénomènes précités.

Tous ces troubles morbides, retentissant les uns sur les autres, favorisent l'intrusion microbienne, qui est de ces faits plus ou moins précoce. Il résulte de ces troubles superposés que l'architecture cellulo-colloïdale est détruite, et il s'ensuit des nécrobioses, de la suppuration par fonte inflammatoire des cellules défensives, la destruction de l'os par ostéolyse et ostéite, la destruction du ligament alvéolo-dentaire, et comme terme final : l'expulsion de la dent, cause de la rétention des protéines déchaînantes, et cause de la transmission du traumatisme.

Sur cet état pyorrhéigène peuvent se greffer toutes les causes adjuvantes et favorisantes, que l'on retrouve dans les atrophies osseuses par dégénérescence sénile normale, ou par dégénérescence sénile précoce. Le processus se trouve ainsi activé, et la sévérité des accidents pyorrhéiques en est augmentée.

Nous avons dans un travail récent défini ce que nous entendions par *pyorrhée alvéolaire*, et nous disions à ce sujet :

« Nous admettons sous cette dénomination tout processus
« inflammatoire *ou autre*, amenant progressivement ou brutalement,
« une solution de continuité en un point quelconque de l'anneau
« gingivo-coronaire, et dont la marche progressive provoque le
« décollement de la dent par fonte inflammatoire de ses attaches
« (suppuration, ostéolyse, ostéite) avec, symptôme concomitant

« prolifération épithéliale, qui *précède* et qui suit la lésion destruc-
« tive, prolifération épithéliale aboutissant fatalement à l'élimina-
« tion de la dent ainsi isolée, le tout suivi d'une réparation gingivo-
« alvéolaire rapide et selon le type normal. »

Nous énumérions ainsi, au cours de cet exposé, les phases anatomo-pathologiques observées sur des coupes représentant les stades successifs de l'évolution pyorrhéique. Nous éliminions de cette étude les résorptions osseuses des procès alvéolaires *sans manifestations suppuratives* ; la place de ces lésions, disions-nous, n'entre pas dans le cadre nosographique de la pyorrhée alvéolaire, leurs origines étant diverses, elles favorisent l'évolution d'une pyorrhée en offrant un terrain osseux préparé, moins résistant et déjà résorbé, mais elles ne sont pas la cause directe et première de l'installation de la maladie. Nous insistons sur ce point essentiel, car il serait désirable que l'entente se réalise, et que nous n'admettions plus comme *pyorrhéiques* que les dents atteintes de décollements gingivaux, *avec suppuration* plus ou moins abondante. Le fait d'admettre les résorptions alvéolaires simples, *sans suppuration*, comme ressortant de cette affection, constitue une interprétation bonne à semer la confusion dans les esprits.

Ne voyons-nous pas tel auteur être obligé de parler de *pyorrhée vraie*, et tel autre de *pyorrhée sèche*, ce qui n'est fait ni pour éclairer, ni pour faciliter le problème ; il serait beaucoup plus rationnel de conserver l'appellation de *pyorrhée alvéolaire* pour le type que nous connaissons tous, c'est-à-dire décollements gingivaux, suppuration avec crise paroxystique et expulsion de la dent par fonte de ses attaches. Et nous réserverions (pour ne mécontenter personne) l'appellation *d'atrophie prépyorrhéique* à toute résorption alvéolaire *généralisée uniformément* à tout le maxillaire, et ce, sans préjuger de son origine. Nous sommes déjà assurés d'une entente possible puisque M. Roy — dans son dernier travail sur la pyorrhée — admet, comme nous-même, qu'il n'y a pas de pyorrhée sèche.

Reste à localiser le lieu d'éclosion des premières manifestations pyorrhéiques.

Ici encore, nous nous trouvons en présence de théories qui ne sont pas loin de se compléter, si l'on veut bien mettre un peu de bonne volonté de part et d'autre.

Nous nous excusons de rouvrir un débat sur le sujet si controversé de l'origine et de l'ordre des lésions dans la pyorrhée. Mais ce

faisant, nous poursuivons toujours le même but : trouver une thérapeutique rationnelle, et nous verrons tout à l'heure combien la connaissance des causes peut servir pour atteindre notre but.

A l'heure actuelle presque tous les auteurs admettent à la base, comme facteur fondamental, un état général identifié à l'état arthritique. Voici, pour M. Roy, l'ordre chronologique des images pathologiques dans la pyorrhée :

1° Un état général obscur, identifié à une manifestation de la diathèse arthritique, mais autonome ;

2° Une résorption alvéolaire sénile précoce s'ensuit ;

3° Formation des culs-de-sac gingivo-radiculaires (ou clapiers) par inégalité de résorption des deux tissus superposés ;

4° Suppuration et formation de calculs ;

5° Développement des troubles statiques.

M. Delater, lui, n'admet pas la nécessité d'une cause générale pour l'éclosion de la maladie ; il trouve dans l'infection locale suffisamment d'éléments pour expliquer en entier la totalité du problème.

S'il en était ainsi, nous pourrions en rester là, et ne plus chercher une thérapeutique; les antiseptiques, seuls, viendraient à bout de la maladie, pour le plus grand bien de nos malades, mais nous savons tous qu'il n'en va malheureusement pas ainsi et que toutes les gingivites ne sont pas forcément pyorrhéiques, ou plutôt qu'elles n'évoluent pas toujours vers l'état pyorrhéique.

A notre avis, le schéma de la maladie peut être développé sous cet ordonnancement :

1° Un état général identifié (état sensible au contact des protéines) ;

2° Un état local à forme nécrobictique (dû au choc colloïdoclassique des colloïdes organiques et hétérogènes) ;

3° Vu l'infection toujours présente, violation de la barrière épithéliale à la faveur de ces troubles ;

4° Retentissement sur les procès alvéolaires (néo-vascularisation, suractivité circulatoire, d'où ostéolyse compliquée plus tard, d'ostéite) ;

5° Formation des culs-de-sac gingivaux par :

1° Contact localisé et prolongé d'albumines hétérogènes (tartre mou) (protéines microbiennes) ;

2° Par contact, plus tard, de tartre organisé, d'où phénomène

colloïdo-classique et infection localisée à certains points.

6° Installation d'une suppuration précoce, ou tout au moins d'une exsudation inflammatoire au début ;

7° Développement concomitant des troubles statiques.

A ces lésions spécifiques peuvent s'ajouter des lésions osseuses préexistantes telles que :

1° Les résorptions alvéolaires liées à un état sénile de tout le squelette osseux (modifications dues à l'âge) ;

2° Résorption alvéolaire provoquée par une diathèse dérivant de la pathologie générale et généralisée à tout le squelette osseux ;

3° Résorption alvéolaire provoquée par des troubles trophiques neuro-végétatifs locaux, reconnaissant une cause toxique ;

4° Résorption alvéolaire provoquée par une lésion inflammatoire locale suivie de troubles trophiques locaux.

Ces causes de lésions osseuses préexistantes s'ajoutent à la pyorrhée alvéolaire et favorisent son évolution, mais ne la déterminent pas à eux seuls.

Nous venons de voir par l'exposé des trois théories en présence qu'au moins deux d'entre elles peuvent très bien s'accorder.

M. Roy place la lésion initiale dans la résorption des crêtes alvéolaires, mais il admet, comme nous, la préexistence d'une *cause* générale, la résorption alvéolaire ou sénilité précoce est donc subordonnée à cet état général ; et n'est pas de ce fait essentielle, primitive.

Il en est de même de la forme sèche de Cruet, état caractérisé par une résorption alvéolaire sans lésion, du sillon cervico-coronaire, qui est la lésion capitale dans le processus suppuratif.

Pour beaucoup d'auteurs, dont nous faisons partie, ces états atrophiques des maxillaires sont eux-mêmes sous la dépendance d'autres facteurs tels que l'insuffisance glandulaire, par exemple, et il nous semble parfaitement logique de les suivre dans cette voie.

M. Fichot, dans un travail sur ce sujet, trouve l'explication de ces états dans le rôle exclusif du traumatisme occlusal.

Je ne partage pas entièrement la façon de voir de M. Fichot, car, à mon avis, ce n'est pas uniquement dans la rupture de l'équilibre architectural de la dentition, ni au traumatisme occlusal, que l'on doit l'évolution régressive du procès alvéolaire, dans cette forme atrophique de la pyorrhée de Cruet. Certes, le traumatisme

joue un rôle physique indéniable, rôle qui se manifeste par des modifications colloïdales. Mais si nous acceptons ce rôle sans réserve, comment expliquer ensuite cette fonte osseuse chez des sujets jeunes, ayant une dentition complète comme nombre, et normale morphologiquement, donc ayant un équilibre dynamique parfait ?

Il me semble qu'au contraire, les mâchoires d'après l'ordonnancement micellaire même, sont bâties pour recevoir les chocs ou pour les provoquer, et que nul tissu de l'organisme ne résiste mieux à cette forme de l'énergie.

Ne voyons-nous pas couramment des dents isolées recevoir des chocs de grande violence et disproportionnés à leur surface, et qui résistent allègrement à ces chocs, sans que les phénomènes colloïdaux, dont les tissus environnants sont le siège, en soient modifiés dans le sens de la reversibilité (transformation de l'os en collagène pur) ?

Je suis de l'avis de M. Fichot : le facteur mécanique a une valeur, mais pris *isolément* ; il n'a pas la prépondérance d'action sur cette forme atrophique, car nous voyons souvent des individus jeunes ou vieux, dont des dents *isolées* résistent à des traumatismes violents et répétés, et qui ne manifestent pas de résorption péri-radiculaire.

Nous sommes donc obligé d'admettre l'existence d'un autre facteur qui favorise l'action du traumatisme, un état réceptif des colloïdes organiques vis-à-vis du trauma, ou qui agit à lui seul selon les circonstances.

Ce facteur doit être recherché, à mon avis, dans le fonctionnement du système glandulaire ou endocrinien. C'est par l'action de ses sécrétions que le système glandulaire détermine des modifications neuro-végétatives qui se traduisent aussi par des vaso-dilatations intensifiant le courant circulatoire. D'autre part, y a-t-il des modifications colloïdales susceptibles d'être provoquées par une hyper ou une hypo-synergie fonctionnelle de ce système endocrinien, modifications capables de déterminer une influence sur l'organisation colloïdale, influence se traduisant par une activité cellulaire dans le sens de l'ossification, ou dans le sens du retour au conjonctif pur ? Cela est probable, cela est même certain. Ces modifications colloïdales sont, à leur tour, capables de déterminer les changements profonds que l'on constate dans les scléroses séniles.

Doit-on admettre la réversibilité des phénomènes colloïdaux qui président à la formation de l'os comme le fait de l'action des substances endocriniennes ? C'est encore probable et même certain. Témoin les ostéoporoses séniles, et même les ostéoporoses ou ostéolyses articulaires, que l'on observe après les ovariotomies totales. Le métabolisme du calcium dans ces états se trouve profondément influencé par le fait même de la castration.

Une série d'expériences en cours, ayant pour but l'étude du métabolisme calcique sur animaux castrés, nous renseignera peut-être un jour sur ce problème, mais d'ores et déjà nous pouvons dire que dans ces pyorrhées sèches de CRUET une atrophie osseuse quelquefois précoce, provoquée par un ralentissement du travail glandulaire, ou simplement l'arrêt de l'une quelconque de ces sécrétions, suffit pour déterminer la sénilité, la floculation micellaire quelquefois prématurée, répétons-le, des éléments fondamentaux des colloïdes organiques.

On peut juger les effets de cet arrêt glandulaire dans la sénilité des vieillards, sénilité disparaissant en tout ou partie avec la greffe de glandes, interstitielles testiculaires par exemple (effets de la greffe testiculaire sur les phanères).

D'autre part, cet état chimico-physique des complexes colloïdaux que nous pressentions tout à l'heure, et qui est apte à déterminer l'orientation micellaire aboutissant à la morphologie cellulaire, dans le sens de la cellule noble, ou dans le sens du conjonctif, préside également à la néo-vascularisation, d'origine conjonctive, qui hâte si intensément les phénomènes d'ostéolyse, aidant la réaction organique dans le sens choisi par la nature même des réactions possibles, avec l'état colloïdal existant.

Il est bien évident en effet, puisque les organismes vivants sont presque entièrement, et peut-être entièrement constitués par des substances organisées selon le mode colloïdal, il est bien évident dis-je, que les phénomènes vitaux ne sont que la résultante du jeu normal des phénomènes colloïdaux.

Dès lors toute atteinte chimico-physique du complexe organo-colloïdal doit se traduire par des modifications du métabolisme vital. Que ces modifications soient d'origine endogènes (sécrétions internes) ou exogènes (antagonisme colloïdal), que ces modifications s'adressent séparément à l'une quelconque des constantes colloïdales, la rupture d'équilibre entre les constituants en sera la

rançon. Nous ne croyons donc pas à l'universalité du trauma, pour provoquer ces résorptions osseuses, mais plutôt à des troubles colloïdaux dont l'origine doit remonter aux *synergies endocriniennes*. La néo-vascularisation, qui en est l'aboutissant, n'est pas compatible avec le dépôt de la substance minérale dans la trame pré-osseuse, les phénomènes de diffusion ont besoin de calme pour se manifester, témoin les améliorations obtenues au point de vue consolidation dans la pyorrhée alvéolaire par la dépulpation dentaire, dépulpation n'ayant pour but que de supprimer la circulation locale, et *arrêter* le départ et la dissolution des dépôts colloïdaux osseux dans la circulation.

Témoin encore les expériences que nous avons faites en vue d'obtenir l'oblitération des veines et artérioles des maxillaires au moyen d'injections de salicylate de soude, quinine urée, ou plus radicalement par la ligature de la carotide, ce qui détermine un arrêt de circulation locale et arrête aussi le processus de décalcification. Il est bien entendu que ce ne sont encore là que des expériences de laboratoire.

La vaso-dilatation, elle, peut être réalisée avec n'importe quelle substance divisée finement ; l'action mécanique de ces floculats sur les terminaisons du système neuro-végétatif ne fait pas de doute, et en détermine l'ectasie. Que ces floculats proviennent de produits d'élaboration microbienne ou bien soient le résultat de la décharge électrique périgranulaire, ou de la rencontre de colloïdes antagonistes, ou bien encore de produits d'autolyse, le résultat sera toujours le même et déterminera toujours une dilatation vasculaire en rapport avec la valeur de l'excitation.

Dès lors qu'un état local semblable serve de tremplin à la pyorrhée vraie (forme suppurative) et la vitesse du processus se trouve décuplée, mais cet état atrophique des maxillaires n'est pas la pyorrhée ; car pour nous, en effet, la pyorrhée vraie a besoin pour se développer d'un état de sensibilité spécial des humeurs, comparable à celui que l'on observe dans l'arthritisme, avec toutes les causes admises à ce jour, qui se surajoutent. Je ne crois pas aussi absolument que bon nombre d'auteurs que la lésion initiale soit la prolifération épithéliale, prolifération que M. Fichot attribue aux *chocs colloïdo-classiques* ; disons plutôt, comme nous l'avons déjà dit tout à l'heure, que le maintien des constantes colloïdales équivaut au jeu normal des organismes, et que toute variation, toute modification de l'architecture physico-chimique apporte immanquable-

ment des perturbations dans l'ordre chronologique des phénomènes biologiques.

Il est certain qu'en faisant varier l'indice de concentration moléculaire de deux milieux colloïdaux, les phénomènes de diffusion et d'osmose, pour ne parler que de ceux-là, sont modifiés. Les lipoïdes jouant le rôle de membranes peuvent se laisser plus ou moins diffuser par les colloïdes environnants, et changer ainsi la morphologie des figures kariokinétiques par exemple. Mais de là à voir dans les phénomènes de choc, pris au sens littéral du mot, la génèse des proliférations épithéliales, serait résoudre d'un coup, le plus difficile des problèmes soumis au biologiste.

J'ai dit, et je m'excuse de le répéter, que, pour nous, la pyorrhée alvéolaire vraie, indépendamment des états favorisants que j'ai déjà cités, et qui lui servent quelquefois de tremplin, était due :

A un état de sensibilité spécial des colloïdes humoraux et tissulaires vis-à-vis des colloïdes antagonistes, de par leur nature ou leurs propriétés, colloïdes que l'on trouve habituellement au niveau des tissus gingivaux (sous forme d'enduits albumino-microbiens)

Il s'ensuit une réaction entre ces colloïdes antagonistes, réaction dont la violence est en rapport avec les perturbations qui résultent de leur contact, et dont les effets locaux se mesurent d'après l'atteinte architecturale du complexe organo-colloïdal cellulaire.

Ces réactions aboutissent à un synchronisme de perturbations morbides qui se manifestent par des phénomènes concomitants, des réactions inflammatoires se surajoutant à la faveur du désordre cellulaire, déterminant l'aspect clinique et histologique des lésions spécifiques de la pyorrhée.

Tous les autres facteurs, traumatismes, résorption alvéolaire dus à des troubles trophiques par sénilité ou par toute autre raison viennent se brancher sur cet état et augmenter la gravité du pronostic, activant la marche de la maladie selon leur importance.

En premier lieu, nous devons placer comme facteur de résorption des crêtes alvéolaires dans la pyorrhée, le facteur circulatoire.

Au cours d'un magistral exposé [1], M. L. Frey admet comme

[1]. Si dans la première partie de ce travail publié voici un an nous n'avons pas cité le travail de M. le Dr Frey, et qu'au contraire, nous pensions être les premiers à faire le rapprochement entre les travaux de MM. Leriche et Policard, et certains phénomènes observés au cours de la pyorrhée alvéolaire, c'est que le travail du Dr Frey n'était pas paru à l'heure où nous écrivions le nôtre. Nous avons ainsi puisé tous les deux notre inspiration dans le même ouvrage de Leriche et Policard et l'avons publié presque en même temps.

nous-même, la théorie de POLICARD et LERICHE qui prouve que plus la circulation est active au niveau d'un os, plus la densité de cet os a de la peine à se maintenir.

M. L. FREY a très justement senti le rapport de la suractivité circulatoire au niveau des maxillaires avec le processus de résorption alvéolaire dans les pyorrhées.

Reste un point à élucider : quel est le facteur qui détermine le retour au collagène ? Quel est le facteur qui détermine la néo-vascularisation ? L'expérimentation que nous avons entreprise nous renseignera peut-être à ce sujet. Ne voyons-nous pas en effet, après une sensibilisation colloïdale chez nos animaux, que les premiers phénomènes objectifs qui apparaissent sont de nature congestive, leurs gencives deviennent rouges, turgescentes dès les premières applications de l'antigène sensibilisant, état qui persiste et, l'histologie nous le dira, s'installe définitivement peut-être dès les premiers contacts.

En 1920, après lecture du livre si intéressant de DANYSZ sur les maladies chroniques non contagieuses, livre dans lequel ce précurseur en analyse les origines, l'évolution et le traitement, ainsi que les rapports de ces états avec ce qu'il nommait l'immunité-anaphylaxie, après lecture de ce livre, nous fûmes frappé de l'identité d'évolution du syndrome pyorrhéique avec les états chroniques définis par DANYSZ.

Puis, survinrent les travaux de M. ARTHUS sur l'anaphylaxie, et ses communications au sujet des lésions d'anaphylaxie locale, lésions qu'il décrit dans son livre : « de l'anaphylaxie à l'immunité ».

Ce sont ces travaux faits par DANYSZ et ARTHUS qui éclairèrent d'un jour nouveau pour nous, l'étiologie et la pathogénie de la pyorrhée alvéolaire.

En 1921, nous étant mis en rapport avec M. PASTEUR VALERI-RADOT, nous lui fîmes part de nos recherches personnelles sur ce sujet. Il nous communiqua dès lors sa technique de cuti-réaction propre à déceler l'antigène sensibilisant, ainsi qu'une liste fort longue de protéines, que nous eûmes beaucoup de peine à nous procurer. Sur ses conseils et déjà à cette époque, nous cessâmes rapidement de faire des cuti-réactions sur nos patients de crainte de les sensibiliser. Néanmoins, nous eûmes deux cas heureux dans lesquels nous avons trouvé le gluten, puis la caséine comme antigènes sensibilisants.

Par la suite, nous avons tenté sur l'un de ces patients la désen-

sibilisation locale par la protéine causale, en appliquant une goutte de lait dans les clapiers pyorrhéiques que présentait sa mâchoire.

Nous fûmes alors surpris de voir, à la première application de cette protéine, un œdème assez considérable de la région, puis un abcès pyorrhéique se développer au niveau de la zone de contact de la protéine. Ce résultat imprévu pour nous fut la révélation de l'identité des lésions pyorrhéiques avec les lésions d'anaphylaxie locales constatées par ARTHUS. Nous vous soumettons une photographie de la lésion obtenue alors, avec une ou deux gouttes de lait déposées avec une aiguille mousse au fond des clapiers de cette patiente. Même brusquerie d'évolution, mêmes douleurs, même lésion que les abcès spontanés déjà subis par cette personne, et dont elle n'identifiait pas l'origine, ou tout au moins qu'elle mettait, ainsi que les praticiens qui l'avaient déjà vue, sur le compte de la pyorrhée dont ses dents étaient le siège.



Abcès pyorrhéique provoqué au moyen des protéines du lait introduites au fond d'un clapier pyorrhéique et prouvant l'origine anaphylactique des lésions chez cette patiente.

Nous commençâmes alors une expérimentation plus rationnelle et en rapport avec les connaissances de l'anaphylaxie, plus étendues par la suite.

Des lapins furent sensibilisés expérimentalement avec les protéines les plus diverses (1 cm. 3) d'ovalbumine diluée dans du sérum physiologique injecté dans la veine auriculaire. Nous obtenions alors des lésions d'anaphylaxie locale, qui revêtaient, lorsqu'elles se développaient au niveau des gencives et des dents, les figures cliniques et histologiques que nous rencontrons dans les pyorrhées humaines naturelles.

Toutefois, comme l'on eût pu nous reprocher d'introduire par une injection *intra-gingivale* une substance, le blanc d'œuf, qui, pour n'être pas toxique par elle-même, n'en était pas moins une substance étrangère introduite de force dans ces tissus, nous avons réalisé une nouvelle série d'expériences, plus en rapport avec ce qui se passe dans la pyorrhée naturelle. Ce qui revient à dire que nous n'avons rien introduit de force dans les tissus gingivaux, nous n'avons pas fait de piqûres pour porter l'albumine hétérogène au sein des tissus, nous avons simplement réalisé la stase interdentaire de ces albumines par des applications journalières et superficielles.

Ces nouvelles expériences, faites cette fois sur des chiens, nous ont permis de réaliser expérimentalement les lésions de la pyorrhée alvéolo-dentaire en partant des principes que nous avons déjà définis dans nos travaux antérieurs, à savoir que des lésions gingivo-dentaires peuvent être obtenues à la faveur d'un état particulier des humeurs, ou état d'anaphylaxie, que ces lésions se répètent dans l'ordre chronologique observé dans les pyorrhées naturelles, lorsque l'antigène sensibilisant vient au contact des tissus gingivaux dentaires.

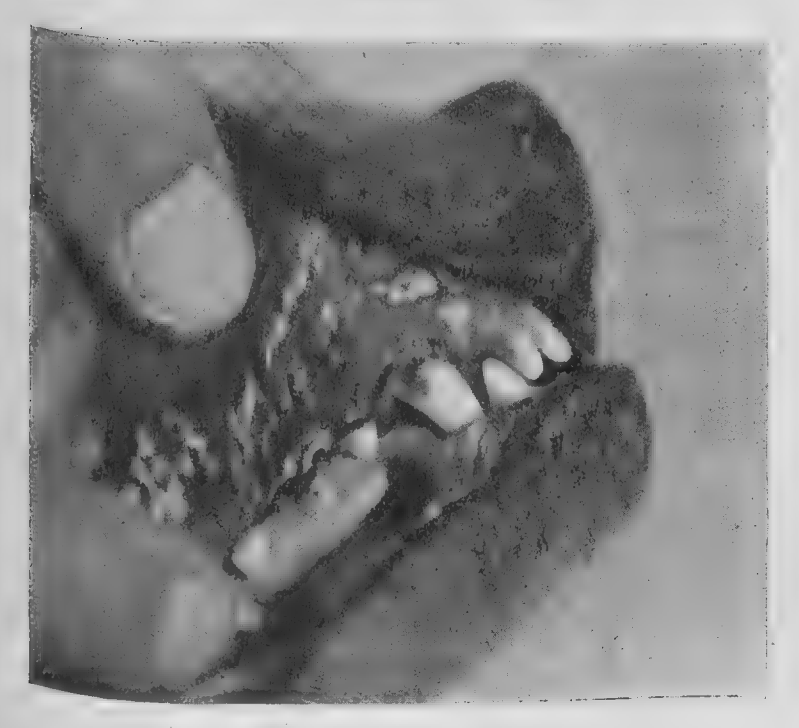
Toutefois, notre technique dans ces expériences s'est vue modifiée dans le sens que nous indiquions plus haut, c'est-à-dire que nous avons cherché à nous mettre le plus près possible des conditions habituelles favorables à l'évolution pyorrhéique :

1° Nous avons provoqué un état d'instabilité humorale ou état anaphylactique des humeurs en général, en faisant une injection d'ovalbumine diluée (5 cm. 3 sous-cutanée), ceci pour sensibiliser spécifiquement l'organisme (voie la moins sévère) ;

2° Pour provoquer la stase, la rétention de la protéine sensibilisante, sans faire d'injection intra-gingivale, nous nous sommes vu dans l'obligation de provoquer cette rétention, qui n'existe pas chez le chien, puisqu'il a des dents parfaitement coniques, au

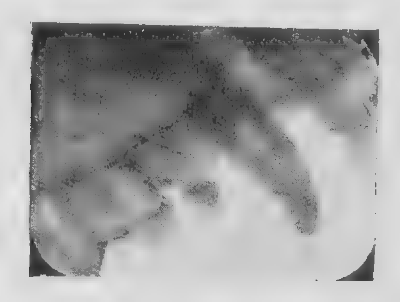


Chien nº 1 après huit jours de sensibilisation.

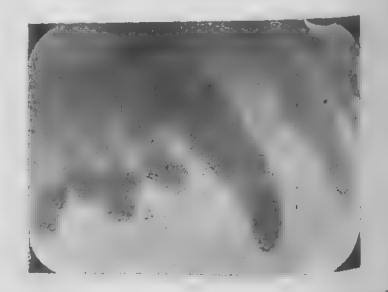


Pyorrhée expérimentale.
Le même après un mois et demi de sensibilisation et d'application de blanc d'œuf sur les gencives.

moyen de bagues formant gouttière, scellées sur leurs dents, uniquement mises en place pour provoquer la rétention de substances albuminoïdes, spécifiques en l'occurrence ;



Radiographie prise avant toute intervention.



Radio prise après un mois et demi de sensibilisation et d'application journalière de blanc d'œuf sur les gencives.

3° Des applications de blanc d'œuf (protéines ayant servi à sensibiliser les chiens) faites journellement au niveau des dents devenues ainsi rétentives.



Chien n° 2 après huit jours de sensibilisation.
On remarquera la lésion gingivale étendue au niveau du collet de la canine.

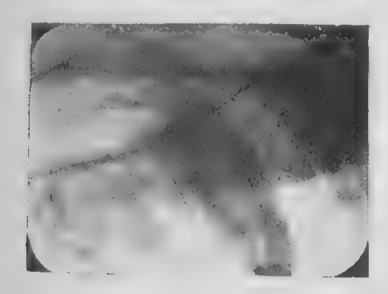
Ces lésions macroscopiques énormes obtenues au moyen d'une sensibilisation *très forte* à l'ovalbumine montrent qu'il peut y avoir

des troubles chimico-physiques cellulaires entraînant la nécrobiose d'îlots importants de cellules primitivement d'allure saine, par simple contact avec l'antigène sensibilisant, lésions obtenues sans

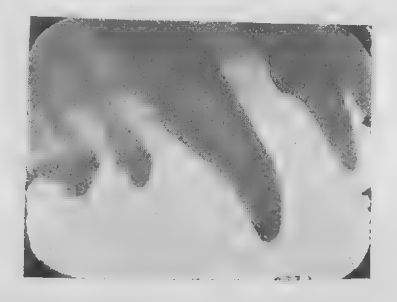


Le même après un mois et demi de sensibilisation.
On remarquera la lésion gingivale étendue au niveau du collet de la canine.

le secours *d'albumines microbiennes*, qui d'ailleurs n'agiraient pas autrement que l'ovalbumine. Expérience prouvant que lorsque



Radiographie prise avant la sensibilisation.



Radiographie prise après un mois et demi de sensibilisation et d'application journalière de protéine sensibilisante (blanc d'œuf).
Remarquer la raréfaction osseuse.

l'organisme est mis dans un état spécial de réceptivité « des portes peuvent s'ouvrir » dans les téguments de revêtement, par le contact



Chien n° 3. après huit jours de sensibilisation.



Le même après un mois de sensibilisation. Sur cette dernière on remarquera que la canine est beaucoup plus longue que sur la figure précédente, du fait de la disparition de la gencive.

extérieur et prolongé de l'albumine qui a causé cet état spécial de réceptivité (d'où que provienne cette albumine).

D'autre part, ces lésions, pour être fortes et étendues et avoir un caractère nécrobiotique massif, n'en ont pas moins commencé par une lésion microscopique englobant une ou plusieurs cellules à la fois, et « qui peut le plus, peut le moins ».

La pyorrhée humaine réalise des lésions qui, ne l'oublions pas, mettent 20 à 30 ans à évoluer, d'où leur caractère insidieux, et les lésions que nous vous présentons ont été obtenues à dessein volumineuses, marquantes, et par conséquent par un processus violent qui est rarement atteint dans la vie normale des individus.

Ces expériences prouvent l'importance du facteur « stase », c'est-à-dire l'immobilisation de complexes albumino-organiques au contact d'un point déterminé de la gencive, immobilisation qui détermine à la longue une nécrobiose, puis une nécrose des cellules sous-jacentes.

Nous nous excusons de cette longue digression, mais de l'étude des causes doit finalement sortir une thérapeutique rationnelle et efficace de la pyorrhée alvéolaire. Oh ! nous ne nous faisons pas d'illusions et nous n'avons pas, dans ce court exposé, la présomption d'apporter un travail définitif, pas plus qu'une méthode thérapeutique à l'abri de toute critique. Malgré tout, muni des enseignements glanés au cours de nos recherches expérimentales, nous aurons pour le moins abordé le problème sur ses deux faces, l'état général et l'état local, et ce, sur des bases entièrement nouvelles.

D'autre part, les résultats obtenus par le traitement institué grâce à ces *bases nouvelles*, résultats non encore obtenus avec les traitements usuels, nous encouragent à vous apporter le fruit de nos recherches.

Evidemment, il y aura toujours de la part du praticien un choix éclectique à faire entre les différentes modalités du traitement. Nous n'avons, pas plus aujourd'hui qu'hier, même à la lumière des faits nouveaux, une pyorrhée alvéolaire à soigner, mais des *pyorrhéiques* ; car, si nous connaissons bien les fondements de la maladie, leur polymorphisme interdit un traitement unique, et ce n'est que par l'étude approfondie de l'histoire pathologique de nos patients que nous arriverons à donner à nos traitements le maximum d'efficacité.

Dans les lignes qui vont suivre, nous vous dirons bien quelles sont les phases du traitement que l'on peut appliquer universelle-

ment à toutes les pyorrhées, traitement qui s'adresse aux lésions constantes et spécifiques, mais ce sera toujours à vous d'apporter le traitement ou tout au moins les modifications adéquates au terrain.

NÉCESSITÉ D'UNE CLASSIFICATION DES LÉSIONS PYORRHÉIQUES.

Pour des raisons de commodité, nous sommes obligé de vous proposer une classification des *états pyorrhéiques*, classification basée sur la lésion constante et variable de ces états, et reposant sur l'étendue, la profondeur des décollements gingivaux ou culs-de-sac pyorrhéiques.

M. DELATER, dans une communication à la Société d'Odontologie, nous avait déjà fait entrevoir en 1926 la nécessité de classer objectivement l'état des lésions pyorrhéiques, pour suivre sur sa fiche l'évolution de la maladie, en permettant de transcrire sur des cercles concentriques, c'est-à-dire périradiculaires, l'étendue et le siège de ces lésions.

Ce n'est pas seulement la schématisation de ces lésions qu'il est nécessaire de fixer sur le papier, mais il faut aussi créer un langage conventionnel permettant d'exprimer par des symboles l'étendue et la gravité de ces lésions, à la manière, par exemple, de la nomenclature des quatre degrés de la carie dentaire, ce qui permettrait à tous, de comprendre, au seul énoncé d'un chiffre, l'étendue et la gravité de l'affection.

Dans ce but, M. DELATER nous permettra de reprendre son idée de schéma, en y apportant les modifications nécessaires à la réalisation de la nomenclature pyorrhéique.

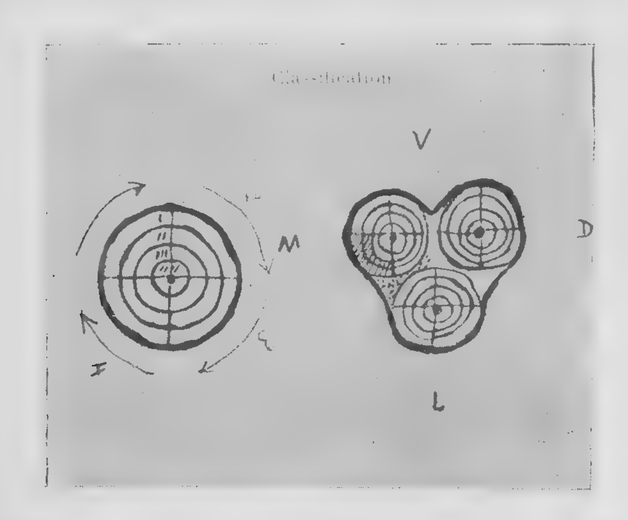
Sur cette fiche ainsi modifiée, nous pourrons noter la profondeur des clapiers et leur étendue et les exprimer clairement pour tous.

Nous diviserons l'évolution pyorrhéique, en partant de la lésion superficielle du sillon cervical à la phase ultime, en quatre degrés, selon *la profondeur* de la lésion destructive, et l'étendue de la lésion sera obtenue en mettant un chiffre (de 1 à 4) en puissance.

Exemple. Si nous prenons le schéma primitif de DELATER, nous voyons qu'il est composé de quatre cercles concentriques, en prenant le plus petit pour l'apex, et le plus large pour le sillon cervico-coronaire, il lui suffisait de marquer sur ces cercles l'étendue et la profondeur de la lésion. Mais si à ces quatre cercles nous donnons un numéro de 1 à 4, nous pourrons indiquer : pyorrhée du 1°, du 2°, 3° ou 4° degré. De plus, si nous divisons ces cercles en quatre, un

chiffre en puissance au premier indiquera l'étendue de la lésion, en prenant pour unité le quart du cercle total.

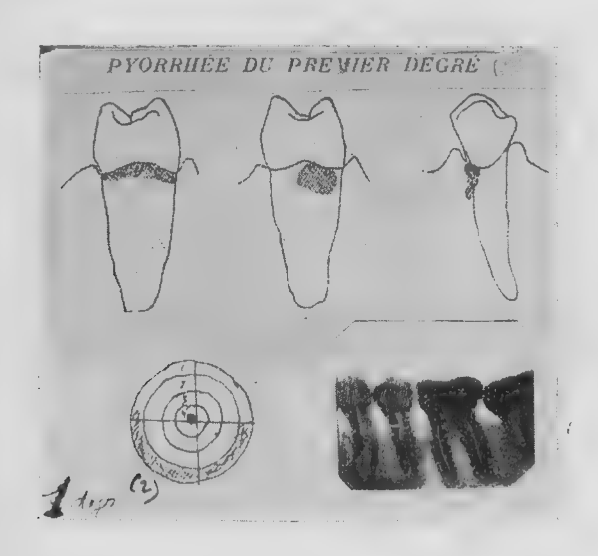
Pour les dents pluriradiculaires, nous aurons autant de figures que de racines, ce qui nous permettra de transcrire le siège de la lésion sur la racine intéressée et d'exprimer clairement sa gravité et son étendue, et d'indiquer les lésions inter-radiculaires.



Ces lésions ainsi exprimées seraient en rapport avec les lésions schématiques et radiographiques suivantes :

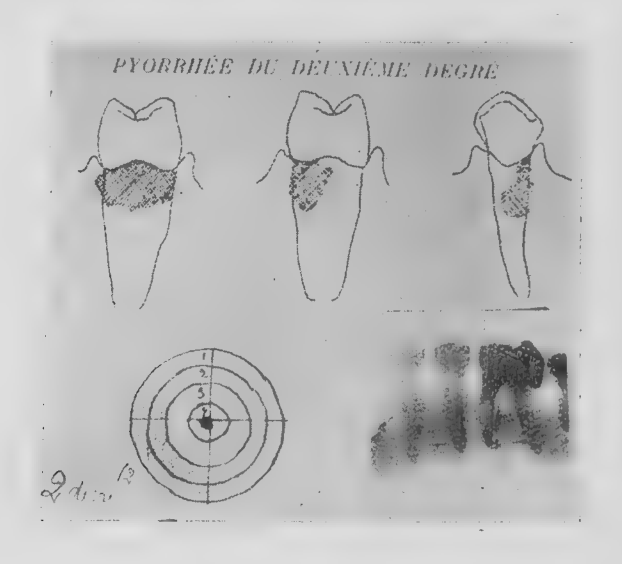
Pyorrhée du premier degré.

Trois figures schématiques qui sont en rapport avec la radiographie ci-jointe :



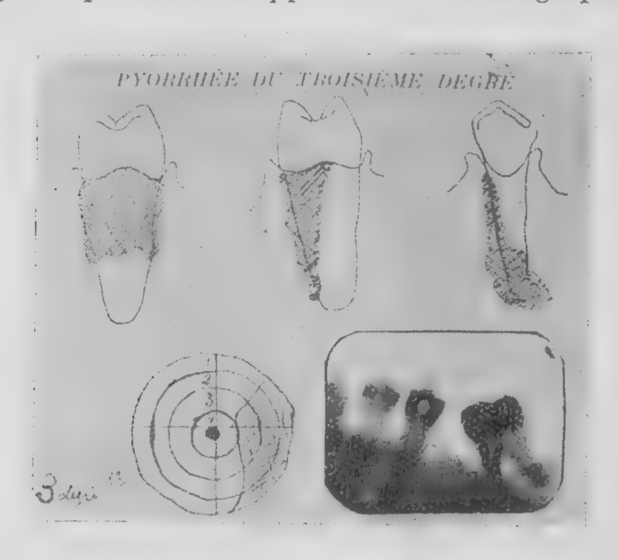
Pyorrhée du deuxième degré.

Trois figures schématiques qui sont en rapport avec la radiographie ci-jointe :



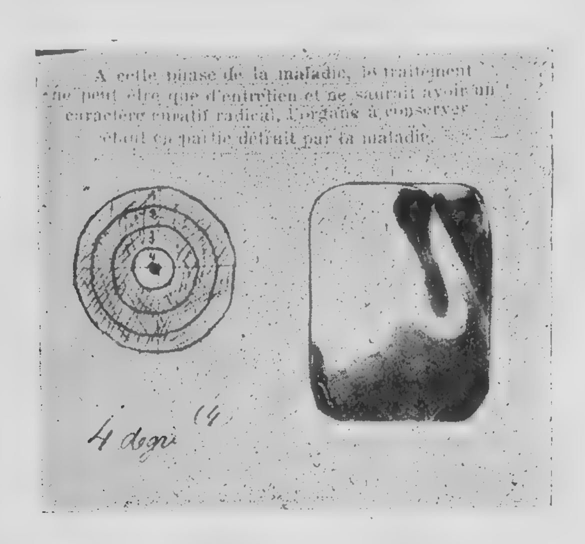
Lésions pyorrhéiques du troisième degré.

Trois figures qui sont en rapport avec la radiographie ci-jointe :



Lésions pyorrhéiques du quatrième degré.

Lésions constituant la phase ultime du processus destructeur et qui échappent (phase 4° (4)) à tout traitement conservateur, ce cas répond à la radiographie ci-dessous :



Une telle description faite sur les fiches de traitement, et servant de même à décrire verbalement les lésions, nous servira ensuite à décrire le traitement en rapport avec chacune d'elles, d'une façon accessible à tous.

Considérations sur le traitement anti-pyorrhéique.

Jusqu'à nos jours, seul le traitement local de la pyorrhée a été tenté, d'une façon aussi complète que le permettaient nos connaissances de l'étiologie de la maladie. Non pas que nous ignorions qu'il y eût autre chose que l'état local à la base de la pyorrhée, mais surtout parce que nous étions désarmé contre cet état général non identifié.

Bien qu'à l'heure actuelle aucune médication ne soit rigoureusement spécifique, nous avons suffisamment d'armes pour lutter en attendant mieux, c'est-à-dire en attendant le spécifique anti-anaphylactique universel.

Il reste vrai aussi, comme nous l'avons déjà dit, que le praticien aura à choisir avec éclectisme, les variantes thérapeutiques de son traitement, car, nous le répétons encore, ce sont des pyorrhéiques que nous avons à soigner et non pas une pyorrhée. Il nous faudra toujours, et malgré le traitement spécifique de l'état d'instabilité

humorale, démêler les affections surajoutées et favorisantes pour les dépister et les traiter séparément.

Dès que l'état pyorrhéique sera décelé, et quel que soit son degré d'évolution, nous devrons rechercher ces causes adjuvantes, qui se greffent sur l'état arthritique et activent le processus pyorrhéique.

Après avoir démêlé le plus possible, par toutes les méthodes d'analyse à notre disposition, l'ensemble du capital pathologique de nos patients, nous porterons remède séparément à ces états par une médication spécifique, tout en appliquant une médication appropriée aux phénomènes pathologiques généraux et locaux appartenant vraiment au processus pyorrhéique.

Parmi ces affections surajoutées, nous dépisterons souvent :

Les sénilités précoces par troubles glandulaires ;

Le rachitisme ;

Les troubles glandulaires vrais ;

Les diabètes ;

La syphilis ;

La tuberculose ;

Le cancer ;

Les intoxications chimiques, alcooliques, tabagiques, ou par rétention de toxines ;

Les troubles trophiques sur les trajets nerveux, par compression, infection, intoxication.

Ces affections favorisent toutes l'évolution pyorrhéique.

Puis, nous instituerons un traitement de base s'attaquant aux troubles de l'état général et un traitement local, avec des mesures prophylactiques propres à empêcher l'évolution du mal ou à maintenir ce que nous aurons acquis.

La thérapeutique de base s'appliquant à l'état général aura pour objectif la désensibilisation de l'organisme, ou tout au moins le retour à l'état normal des constantes physiques qui président à l'état d'équilibre colloïdal des humeurs.

Pour obtenir ce résultat, nous aurons recours à des méthodes absolument inoffensives, et ayant fait leurs preuves. La thérapeutique locale sera instituée d'après les mêmes bases et comprendra, en plus, la suppression des lésions initiales, et tentera par une médication appropriée à provoquer la suppléance des tissus déficients. Des mesures d'hygiène générale et locale rigoureuses

seront prescrites, et nous ferons tous nos efforts pour que nos conseils soient entendus et suivis, ce qui, nous le savons tous, est très difficile à obtenir chez cette catégorie de malades.

Les résultats ainsi obtenus par cette triple médication surprendront beaucoup de nos confrères, et nous sommes certain que ce travail apportera une arme vraiment efficace pour lutter contre cette affection si rebelle jusqu'à ce jour.

Thérapeutique anti-pyorrhéique.

Nous diviserons le traitement anti-pyorrhéique en quatre phases :

1° Prescriptions d'hygiène générale ;
2° Traitement de l'état général ;
3° Prescriptions d'hygiène locale ;
4° Traitement curatif des lésions locales.

Prescriptions d'hygiène générale anti-pyorrhéique, et mesures propres a favoriser la désensibilisation.

Puisque nous avons admis à la base des états pyorrhéiques un état d'instabilité humorale, nous prescrirons à nos patients toutes les mesures susceptibles de les mettre à l'abri du contact intime des albumines hétérogènes. Tout état inflammatoire des épithéliums de revêtement, toute atteinte à leur intégrité, devra faire l'objet de la plus grande attention. Dans ces états, les albuminoïdes entrant dans la composition des aliments doivent être soigneusement coagulés ou dégradés par les fonctions digestives, régularisées, si cela est nécessaire, par une thérapeutique adéquate. Le régime végétarien offrira le moins de risque de sensibilisation, dans ces états inflammatoires.

A l'état normal, c'est-à-dire si aucune lésion des parenchymes ne permet le contact direct des albumines hétérogènes, l'ingestion d'aliments variés au principal repas est permise, y compris la viande.

Mais la règle sera toujours que l'ingestion d'aliments doit être suivie d'un effort physique suffisant pour consommer l'énergie emmagasinée, à seule fin d'éviter l'accumulation de substances qui deviennent encombrantes, et qui, de par leur nature, acquièrent la tendance à la précipitation, par saturations des humeurs.

Pour éviter cette accumulation, des diètes hydriques seront

instituées périodiquement, car l'homme mange toujours trop, et la dépense ne fait pas toujours la balance avec les recettes.

Les anciens préconisaient empiriquement des mesures de même ordre, quand ils purgeaient fréquemment leurs malades, les saignaient périodiquement : le désencombrement humoral était atteint par ces procédés, l'organisme remplaçait les humeurs évacuées par des humeurs plus fraîches, n'ayant subi aucun contact avec les substances colloïdales hétérogènes ; leur concentration moléculaire était amoindrie et débarrassée des substances arrivées au seuil de la précipitation.

Les exercices physiques seront prescrits, la marche ordinaire et forcée, exécutée à l'air, les massages généraux favorisants les échanges nutritifs, l'hydrothérapie sera recommandée, et à l'hygiène des téguments externes, sera ajoutée l'hygiène des épithéliums internes.

L'usage des eaux minérales de Vichy, Vittel, etc..., sera prescrite, il en sera de même des purgations salines périodiques, au moyen de sulfate de soude, ou d'eaux minérales naturelles.

Le régime alimentaire mixte, toutefois avec aussi peu d'aliments azotés que possible, laissera une large place aux légumes et aux fruits crus.

Régime déchloruré autant que possible, pas d'alcool, pas de café, diètes hydriques fréquentes, et petites purgations salines avec :

Hyposulfite de soude.	aa 5 gr.
Sulfate de soude.	
Bicarbonate de soude.	

à prendre dans un peu d'eau.

Modification de la flore intestinale par les ferments lactiques, tels que : Petit lait ; Yaourt, Kéfir ; Fromages blancs ; Biolactyl ; Lacto-bacilline ; Lactéol, etc., etc...

On devra prescrire de petites doses de calomel (0,05) pour exciter la sécrétion biliaire ; on prendra ce sel, seul, en alternant avec la médication de base.

Nous avons tout à l'heure rapidement parlé du régime déchloruré absolu, mesure très difficile à faire observer aux patients, parce qu'elle est très désagréable. Les résultats d'un tel régime sont pourtant absolument remarquables, surtout si l'on combine en même temps un régime dépourvu de viandes et un traitement à l'hyposulfite de soude.

Dans les pyorrhées évoluant, surtout chez des femmes jeunes, on aura avantage à prescrire des préparations opothérapiques, combinées avec une médication récalcifiante, telles que les extraits pluriglandulaires du commerce (Trois cachets par jour) avec, en même temps une préparation de chaux assimilable, telle que phytine, tricalcine, etc...

Le même traitement opothérapique récalcifiant peut s'ordonner aux hommes, surtout quand ils sont blonds ou atteint d'alopécie.

On peut encore alterner ou prendre séparément, journellement et périodiquement des gouttes d'huile empireumatique de genévrier, (Huile de Harlem), 30 gouttes, à titre de désinfectant de la vésicule biliaire, qui peut contenir, chez les hépatiques, des agents microbiens pathogènes ou des substances de surcharges lithogènes (cholesterine, par exemple).

Des boissons rafraîchissantes et dépuratives seront prescrites telles que : Décoction de racine de patience ; racine de bardane ; racine de salsepareille ; racine de chicorée sauvage ; douce-amère, prescrites ensemble ou séparément, et employées à raison de 50 grammes par litre d'eau.

Tous ces simples ont un effet salutaire sur l'organisme par les débacles qu'ils provoquent, sans irriter le tube digestif.

Traitement de base de l'état général dans la pyorrhée alvéolaire.

La thérapeutique de base dans la pyorrhée alvéolaire sera instituée d'après l'étiologie de cette affection, c'est-à-dire basée sur la désensibilisation de l'organisme aux substances albuminoïdes hétérogènes, qui créent l'état d'instabilité humorale.

Méthode de désensibilisation anti-pyorrhéique.

Notre méthode de désensibilisation anti-pyorrhéique a pour but de faire revenir à l'état normal les humeurs du sujet pyorrhéique.

La médication désensibilisante s'attaque à la cause pathogène de l'affection anaphylactogène qui est à la base de ces états ; sous son action, les humeurs retrouvent leur équilibre colloïdal, et le seuil de la floculation se trouve reculé ou disparaît totalement.

Cette médication générale, combinée avec le traitement local des lésions spécifiques, ramène les tissus gingivaux à leur aspect normal et redonne aux organes dentaires affectés leur tonus primitif.

C'est à la suite d'un choix judicieux, et expérimenté sur un grand nombre de cas, que nous sommes en mesure de vous apporter le résultat de nos recherches, et c'est parmi plusieurs méthodes dont les unes sont dangereuses, les autres simplement douloureuses, que nous avons choisi celles qui nous semblaient être les meilleures.

Nous disons les meilleures, car, vu le polymorphisme des formes pyorrhéiques, un traitement unique ne peut convenir à toutes. Vous pourrez ainsi varier vos traitements, avec des agents thérapeutiques dénués de toute toxicité, et appliquer avec éclectisme la médication la meilleure pour chacun de vos patients.

Nous avons rejeté la méthode de désensibilisation spécifique quand nous ignorons l'antigène sensibilisant, ce qui dans notre spécialité est presque toujours le cas. Nous l'avons rejetée parce qu'elle est dangereuse dans ces conditions.

M. Pasteur-Valeri-Radot, dans une communication à la Société de Biologie, signale le danger des cuti-réactions faites même dans le but de rechercher la protéine sensibilisante, pratique qui peut déterminer des accidents de choc, ou plus simplement de sensibilisation, accident, dont nous vous avons montré un exemple tout à l'heure.

La désensibilisation par les protéines spécifiques provoque aussi des accidents quelquefois graves que nous éviterons toujours en adoptant la méthode de désensibilisation à spécifique.

De nombreux travaux nous ont permis de fixer notre choix sur les substances donnant en l'occurrence les meilleurs résultats.

Kopaczewsky et Vahram empêchèrent le choc anaphylactique en injectant à des cobayes sensibilisés des substances telles que l'oléate de soude, le taurocholate de soude, le glycocholate de soude, la saponine. MM. A. Lumière et Chevrottier évitent les accidents sériques en additionnant le sérum d'hyposulfite de soude ; puis, plus récemment, constatent l'action dissolvante de l'hyposulfite de magnésie sur les floculats, et MM. Blamontier et Lefevre, par des injections intra-veineuses de bicarbonate de soude, ou par l'ingestion de solutions saturées du même sel, empêchent les phénomènes de chocs. Steinhart obtient les mêmes résultats en utilisant la lécithine. MM. Widal, Fiessinger, Darrier, Flandin, expérimentèrent la protéinothérapie pour rétablir l'équilibre des colloïdes humoraux, ils exploitèrent là la réaction de défense de l'organisme à l'intrusion de substances hétérogènes. C'est ainsi que

l'hémothérapie, la lactothérapie, la peptonothérapie, et l'autovaccinothérapie microbienne furent préconisées, mais ces formes thérapeutiques de la désensibilisation s'accordent mal avec les formes torpides et insidieuses d'anaphylaxie locale, que nous trouvons dans les états pyorrhéiques.

Néanmoins, on peut avec avantage, et dans certains cas, combiner soit l'auto-hémothérapie, la peptono thérapie à la cristalloïdothérapie, mais cette dernière restera pour nous la méthode de choix, parce qu'elle est efficace, facile à réaliser, indolore, et présente une innocuité absolue.

Nous allons examiner sous quelle forme et avec quels corps on peut obtenir la désensibilisation des pyorrhéiques, dans les meilleures conditions.

Hyposulfites.

Depuis quelques années, les dermatologistes emploient les hyposulfites de soude pour le traitement des malades d'origine anaphylactique. C'est M. A. Lumière qui, le premier, a signalé la puissance d'action de ce médicament, dans ces états si spéciaux. Pour lui, l'action pharmaco-dynamique de l'hyposulfite de soude serait due à son action dissolvante sur les floculats. Pour M. Ravaut, cet agent modifierait le terrain et l'humorisme de ces maladies, il n'en explique toutefois pas le mécanisme. Récemment, M. A. Lumière signalait l'action dissolvante de l'hyposulfite de magnésie sur les floculats colloïdaux, et il trouve que ce corps est vingt fois plus actif que l'hyposulfite de soude, il est comme ce dernier complètement dépourvu de toxicité.

Il est probable que ces corps chimiques ont la faculté de lyser les agrégats micellaires, et que peut-être ils rétablissent l'équilibre colloïdal rompu dans les humeurs pathologiques, en passant eux-mêmes sous forme de corps colloïdaux à micelles très petites.

Il est remarquable de voir, et nous attirons l'attention sur ce point, combien sont heureusement modifiées les pyorrhées soumises à ce traitement, l'action de l'hyposulfite de magnésie sur les proliférations épithéliales pyorrhéiques, est très nette, et peut-être y a-t-il là une action à rechercher pour d'autres états autrement graves où l'on voit des proliférations épithéliales diffuses.

On peut administrer les hyposulfites de soude ou de magnésie par voie buccale, rectale ou intra-veineuse à la dose journalière de 5 à 20 grammes, dans les pyorrhées des 1°, 2°, 3° et 4°.

La cure comporte un traitement de quinze jours, avec repos de huit jours, et reprise.

Nous préférons, dans la pyorrhée, des doses moindres, 1 à 2 gr. par jour, par voie buccale, en cachet de 0,50 à 1 gr. L'injection intra-veineuse déterminant quelquefois un léger choc hémoclasique, et nos patients redoutant toujours cette façon d'administrer un médicament, nous ne la prescrivons que dans les cas rebelles.

VOIE BUCCALE :

Cachets	Cachets
d'hyposulfite de soude	*d'hyposulfite de magnésie*
à 0,50	à 0,50
4 par jour	2 par jour

VOIE RECTALE.

Solution d'hyposulfite de soude ou de magnésie, en solution à 20 gramme %.

100 grammes en lavement tous les deux jours pendant 15 jours avec arrêt de 15 jours.

VOIE INTRA-VEINEUSE.

On commence le traitement par des injections intra-veineuses d'une solution d'hyposulfite de soude à 10 %.

La première injection est de 5 cm. 3.
La deuxième injection est de 10 cm. 3.
La troisième injection est de 15 cm. 3
jusqu'à 20 cm. 3.

Les injections sont espacées de trois en trois jours, et le traitement dure un mois, puis repos.

On peut heureusement associer le calomel à l'hyposulfite de soude dans les pyorrhées évoluant chez des malades à type hépatique, et l'administrer sous cette forme : 0,05 centigramme de calomel, *un jour* et, 1 gramme d'hyposulfite de soude, *l'autre jour* pendant 15 jours, puis repos.

On peut de même combiner le traitement par les hyposulfites de soude et de magnésie par voie buccale, avec l'auto-hémothérapie, les résultats sont quelquefois surprenants en agissant ainsi, mais nous le répétons, nous préférons la voie buccale ou rectale seule, qui nous a toujours donné d'excellents résultats.

Oléates de soude.

M. Jobling, le premier empêche le choc anaphylactique au sérum de cheval, en injectant de fortes doses d'oléates de soude.

Ravaut, A. Lumière, reprennent ses travaux et réussissent à désensibiliser des malades atteints d'eczéma, d'asthme, etc...

Ceci nous explique l'action heureuse des savons d'huile dans l'hygiène de la bouche et la prophylaxie anti-pyorrhéique, ou le traitement de la pyorrhée déclarée. C'est ainsi que nous avons été amené à administrer des oléates de soude par voie buccale, sous forme de pilules, et nous avons eu ainsi des résultats heureux dans nos traitements internes. Nous connaissons d'ailleurs l'action des oléates alcalins sur le foie, la vésicule biliaire, et c'est peut-être par leur influence sur cet organe, que nous désensibilisons nos patients.

D'autre part, la muqueuse buccale, mise en contact avec des savons d'huile absorbe une certaine quantité d'oléate et se désensibilise peut-être aussi par dissolution des floculats micellaires.

Nous prescrivons les oléates d'huile d'olive, par exemple, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, en pilules de 0,20 cent. chacun, associés au calomel, ou à l'hyposulfite de soude, selon le mode que nous avons décrit déjà.

Bicarbonate de soude.

MM. Sicard et Paraf utilisent comme anti-colloïdoclasique le carbonate de soude en injections sous-cutanées ou intra-vaineuses à la dose de 1 à 3 grammes.

Plus récemment, M. Combesco préconise l'action désensibilisante des solutions saturées de bicarbonate de soude pour désensibiliser les cobayes anaphylactisés. Il procède par ingestions de solutions saturées de bicarbonate de soude pour préserver ses cobayes du choc anaphylactique. Nous préconisons toujours dans les diètes hydriques que nous instituons la prise soit de solutions aqueuses à 5 % de bicarbonate de soude, soit des eaux minérales alcalines de Vichy, ou des prises de bicarbonate de soude en cachets de 0,50 cent., 4 par jour. Cette seule médication interne, prolongée deux ou trois mois, amène un changement heureux dans toutes les pyorrhées. Il en est de même pour ce sel, qui peut être associé aux autres ou pris séparément à haute dose, sous forme de : 20 grammes dans un verre d'eau à prendre deux fois par jour, entre les deux principaux repas.

Auto-hémothérapie.

C'est M. P. Ravaut qui appliqua le premier l'auto-hémothérapie en dermatologie. Cette méthode consiste à prélever un peu de sang veineux d'un malade, et à lui réinjecter immédiatement ce sang dans la masse musculaire.

La technique est des plus simples : il suffit de prélever quelques centimètres cubes de sang dans une veine du pli du coude et de le réinjecter en changeant d'aiguille en pleine masse musculaire. On commence pour les adultes par 5 cm. c. deux ou trois fois par semaine, on va ainsi progressivement jusqu'à la dose de 20 cm. c. en une seule fois.

Cette méthode nous a donné d'excellents résultats, combinée avec l'administration de doses croissantes de bicarbonate de soude, dans les pyorrhées avec abcès à répétition, provoquant de la température.

Quelquefois, l'injection est suivie de vertige, mais aucun malaise n'est à craindre, surtout si le patient a pris du bicarbonate de soude les quelques jours qui précèdent la première injection.

Dès la cinquième ou sixième injection, les tissus gingivaux se modifient heureusement, mais à la condition que le patient fasse en même temps, la désensibilisation de sa muqueuse buccale par l'hyposulfite de soude, comme nous le décrirons dans le paragraphe « Thérapeutique locale ».

Mesures d'hygiène locale.

Nous partons, pour ces mesures, du principe admis par tous les auteurs, et en particulier par M. Roy, qui dit (*loco cit.*) :

« L'hygiène des pyorrhéiques doit s'inspirer de ce principe
« essentiel que les culs-de-sac pyorrhéiques ne se forment autour
« d'une dent qu'autant qu'un point quelconque du collet gingival
« de cette dent n'est pas maintenu dans un état suffisant de pro-
« preté. »

Nous voyons par ces lignes l'importance de la stase des substances albumino-microbiennes dans l'évolution de la lésion *locale* et *constante* de la pyorrhée : nous voulons dire *le clapier* ou plus justement le cul-de-sac pyorrhéique.

La règle d'hygiène locale anti-pyorrhéique consiste donc à éviter la stase de ces substances albuminoïdes, qui peuvent devenir

toxiques pour la cellule, de par leur nature micellaire et à la faveur de l'installation de l'état général réceptif.

La fonction des organes dentaires étant la mastication, nous éveillons l'attention de nos patients sur l'avantage qu'ils retireraient de reporter *l'effort masticatoire sur toute l'arcade dentaire* et non sur une portion seulement de cette arcade.

Nous observons journellement des vices de mastication semblables dans la bouche de nos patients, et nous pouvons remarquer que l'accumulation de ces enduits, mous et durs, s'organise toujours en plus grande quantité du côté travaillant le moins. Le frottement mécanique qui résulte de l'effort masticatoire réalise déjà à lui seul, quand il est suffisamment exercé, comme répartition et comme durée, un nettoyage rudimentaire capable de mobiliser le plus gros amas albumino-microbiens.

Nous savons tous que la meilleure garantie de conservation d'un organe réside dans sa fonction même, et que toute atteinte à cette activité porte préjudice à sa vitalité.

Or, les pyorrhéiques mastiquent mal leurs aliments, ils mâchent peu et ne répartissent plus l'effort dynamique sur toutes leurs dents.

Les conditions de la vie moderne, alimentation très préparée, perte de certaines fonctions originelles de notre système dentaire, dues à la civilisation et au mieux-être, font que le nettoyage naturel par friction masticatoire est insuffisant et qu'un nettoyage artificiel devient nécessaire.

Examinons quels sont les moyens mis à notre disposition pour remédier à cette insuffisance naturelle, et envisageons les meilleurs pour les recommander à nos patients, à seule fin d'exécuter le nettoyage journalier de leurs dents.

Nous étudierons ainsi les dentifrices et la brosse qui, par leur action combinée, doivent concourir à obtenir ce résultat.

La plus grande partie des dentifrices du commerce, pâtes, poudres, sont mal composés, soit que l'ignorance préside à leur élaboration, soit que des buts commerciaux entravent l'utilisation de produits purs judicieusement choisis.

Presque toutes ces préparations contiennent comme excipient des produits souvent nocifs, tels que mélasses, miels ou sucres, producteurs d'acides par fermentation, ou bien alors des glycérines commerciales mal neutralisées et contenant encore des corps chimiques, ayant un rôle néfaste sur l'émail des dents.

Les glycérines les plus pures même doivent être suspectes, car elles attaquent toutes l'intégrité de l'émail, et nous avons même trouvé que plus elles sont pures plus elles sont caustiques.

D'autre part, les pâtes, opiats, poudres, contiennent toutes des substances solides pulvérisées, telles que la craie, la magnésie, le talc, le kaolin, l'os de seiche, les écailles d'huîtres, la ponce, le charbon végétal, etc...; toutes ces poudres plus ou moins bien porphyrisées, plus ou moins bien précipitées ou broyées, ont tôt fait d'attaquer mécaniquement l'émail des dents.

Les matières colorantes elles-mêmes sont à rejeter, car à l'heure actuelle leurs propriétés ne sont pas définies, et leur utilité n'a jamais été démontrée.

Nous préconiserons les dentifrices *savonneux*, ils doivent avoir *la priorité* sur les autres dans la pyorrhée, pour les oléates alcalins qu'ils contiennent, et qui ont une action dissolvante, comme nous l'avons vu, sur les agrégats moléculaires des micelles floculées, un pouvoir émulsionnant et toxique pour la flore microbienne, un pouvoir dissolvant sur les corps gras, les cellules desquamées et la mucine salivaire et surtout parce que les savons donnent des solutions colloïdales agissant directement sans modification à leur structure.

L'idéal serait réalisé par un bon savon d'huiles végétales soigneusement relargué, c'est-à-dire neutralisé, et ne contenant plus d'acides gras en liberté ni d'alcalis en excès. D'autre part, les poudres agissant mécaniquement devront être l'objet de la plus grande attention et devront toujours être obtenues par la précipitation chimique, qui donne de fines particules amorphes, et non par broyage ou porphyrisation.

Les eaux dentifrices usitées, parfumées aux essences, seront remplacées par des alcoolatures d'espèces dites anti-scorbutiques telles que : Alcoolatures de Cochléaria ; de Cresson de Para ; de Quinquina ; de Capsicum ; de Pyrèthre ; de Gaiac ; soit ensemble, soit séparées, et parfumées à l'essence de Menthe, à l'Eucalyptol, etc...

Ces alcoolatures, utilisées journellement sous forme d'eau dentifrice ou de topique sur les gencives, amèneront rapidement une action modificatrice sur les tissus gingivaux et calmeront les douleurs de la pyorrhée.

L'usage du fil de soie ciré doit être recommandé au moins deux fois par semaine. Celui-ci, passant dans les intervalles dentaires en suivant bien la paroi de la dent, empêche l'organisation et la stagna-

tion des enduits saburraux qui ne se constituent qu'à l'abri des frottements mécaniques. Il faut toutefois recommander de ne pas blesser la languette inter-dentaire par un passage trop brutal du fil au point de contact proximal.

L'usage du fil supplée au rôle déficient de la brosse à dents qui est notoirement insuffisante, tant dans ses formes que dans ses conceptions mécaniques.

Le sens de brossage devant être réalisé par des lignes parallèles, à l'axe des dents, la brosse à dents idéale devrait être construite comme les brosses à bouteilles ou à verres de lampes, et tourner sur son axe, ce qui permettrait un brossage efficace, et ne provoquerait pas l'abrasion mécanique des dents, due au frottement des crins sur les parties les plus saillantes des dents.

Il faut faire tous nos efforts pour répandre l'habitude des nettoyages périodiques, faits avec notre instrumentation habituelle, le praticien vérifiant à ces occasions l'équilibre dynamique des arcades dentaires, qu'il maintiendra si cela est nécessaire par une prothèse efficace.

Il prendra de même, ou fera prendre des radiographies périodiques des maxillaires pour dépister les lésions spécifiques.

Il faut exiger de nos patients un brossage régulier de leurs dents, sans omettre le brossage des gencives, et ce, pendant une durée totale, par jour, de trois minutes, temps que l'on peut répartir en deux ou trois brossages.

La mousse obtenue avec le savon devra séjourner dans la bouche pendant toute la durée du brossage, à seule fin d'en permettre la diffusion entre les dents, dans les intervalles.

Le rinçage de la bouche ne doit être effectué que quand toutes les dents ont été soigneusement brossées avec une brosse de dureté *moyenne*. Déconseiller la force pour le brossage, et compenser par de la minutie et du temps.

Marche chronologique des phases du traitement curatif des lésions pyorrhéiques locales.

Dans l'énumération qui va suivre, nous ne résumerons pas les méthodes usitées pour le traitement local de la pyorrhée, nous détaillerons celle qui est en harmonie avec l'étiologie que nous avons définie et qui nous donne de bons résultats curatifs.

Pour la commodité et la compréhension de ce chapitre, nous adopterons le procédé descriptif le plus simple, nous suivrons un

patient depuis la première séance de soins jusqu'à la dernière ; cela nous permettra de développer dans l'ordre chronologique les phases du traitement.

Après avoir fait établir ou établi l'état des causes adjuvantes et leur traitement spécifique, on procédera dès la première séance au relevé de la fiche de traitement,

— en premier lieu l'examen radiographique.

L'examen radiographique constitue une base d'investigation précieuse pour le diagnostic et le pronostic des lésions pyorrhéiques, aussi nous devons lui consacrer le temps et le soin nécessaires.

La radiographie simple, prise sous différents angles repérés, et ne comprenant qu'un petit groupe de dents, trois au plus, ou la radiographie aidée d'un artifice physique, tel que l'injection dans les clapiers de solutions huileuses contenant une forte proportion d'iode (Lipiodol) ou une bouillie de baryte, comme dans les examens d'estomac, ou bien, comme le préconise M. P. Housset, par l'introduction de sondes fines et mousses aux différents angles du clapier, toutes ces pratiques nous renseigneront, concurremment avec l'examen manuel sur l'étendue et la profondeur des lésions.

Radiographies, angles de prise de vue seront annexés à notre fiche que nous établirons finalement en procédant à un « examen systématique de la rainure cervico-gingivale des dents », comme l'indique M. Roy. Cet examen manuel, fait à l'aide de fins fouloirs à canaux, et avec le concours des radiographies, nous permettra de fixer sur nos fiches le siège et l'étendue des lésions.

Notre fiche établie, nous ferons, ou bien nous ferons faire, les prescriptions d'hygiène et le traitement s'adressant à l'état général.

Puis, nous prescrirons les mesures d'hygiène locale, et nous ne commencerons qu'en dernier lieu le traitement des lésions locales.

Nous débuterons, pour ce dernier, par un nettoyage sérieux de toute la bouche et de chaque dent, nous procéderons à l'ablation mécanique du tartre visible ou interstitiel, d'une façon aussi soigneuse que possible. Nous n'ignorons pas l'importance du tartre en tant que facteur d'entretien et d'aggravation des lésions pyorrhéiques ; il se forme, comme nous l'avons vu, grâce à la stase, comme en général toutes les concrétions lapidaires de l'organisme et devient ainsi le facteur fixe et le propagateur de la maladie, puisqu'on le retrouve toujours ou presque, sur le front de la zone inflammatoire, et qu'il rend définitif le décollement du ligament.

Le tartre est le facteur d'entretien :

1° *Mécaniquement*, puisqu'il construit sans cesse ;

2° *Biologiquement*, puisque, d'après sa constitution, il contient et s'adjoint sans cesse des substances albumino-microbiennes destructives.

Nous avons fait des recherches minutieuses pour trouver la meilleure façon de détruire les amas tartriques sus ou sous-gingivaux, et nous avons constaté que le procédé de choix était le procédé mécanique avec l'instrumentation habituelle. Car le tartre, d'après sa constitution chimique (phosphates et carbonates de chaux inclus dans une trame organique) n'est soluble que dans les acides seuls. Malheureusement, nous devons bannir de notre thérapeutique toutes les préparations acides, car, avec elles, si nous détruisons le tartre, nous détruisons la dent aussi (caries du collet ou proximales, sensibilité à la température, etc...)

Nous avons essayé un grand nombre d'acides *in vitro*, et nous avons trouvé que c'est l'acide chlorhydrique, — même très dilué — (1/100) qui détruit le plus rapidement le tartre. Mais, nous le répétons, il ne faut pas utiliser de préparations acides.

La pseudo faculté des sels de fluor de dissoudre le tartre peut être facilement mise en lumière par chacun de nous, en immergeant quelques fragments de tartre dans les préparations de sels de fluor; même à l'état très concentré ou pur, on ne sera pas surpris de constater, même après un temps très long, que ces blocs n'ont aucunement changé de dureté. Cela s'explique simplement par la composition chimique du tartre qui ne contient, comme nous l'avons dit, que des phosphates et carbonates de chaux, et pas de silicates.

Par contre, l'action de ces sels de fluor sur les dents n'est pas du tout aussi bénigne, il y a sans doute là un phénomène ionique entre les composants minéraux de la dent et le fluor.

L'efficacité toute temporaire de ces sels dans le traitement de la lésion *inflammatoire* de la pyorrhée s'explique par l'action hautement germicide de ces sels, qui s'exerce sur une flore microbienne abondante.

L'acide hydrofluocilicique, lui, détruit le tartre très rapidement, mais la dent aussi; donc de quelque façon que l'on tourne le problème, l'ablation mécanique du tartre est seule recommandable.

Après ce nettoyage, ce détartrage, nous procéderons à la désensibilisation de la muqueuse gingivo-buccale, au rétablissement de sa tonicité et à sa désinfection.

Partant du principe de l'état d'hypersensibilité de la muqueuse buccale aux protéines hétérogènes (alimentaires et microbiennes) qui existe dans l'état pyorrhéigène, nous prescrirons la médication désensibilisante par la méthode spécifique qui n'offre aucun danger. Nous connaissons tous la remarquable faculté d'absorption de la muqueuse buccale, nous utiliserons donc cette faculté pour lui faire absorber dans un but thérapeutique, hors des séances de cabinet, et sous forme de bains de bouche des solutions concentrées d'hyposulfite de soude ou de magnésie, à la dose de 15 grammes, dans un verre d'eau bouillie chaude, deux fois par jour.

D'autre part, l'usage de savons pour les soins d'hygiène apportera les oléates alcalins qui concourent au même but.

Sous l'influence de cette désensibilisation, la muqueuse reprend vite sa coloration habituelle, et la suppuration déjà diminue, alors que le clapier n'est pas encore détruit.

Pour entraver le développement des agents infectieux et éviter l'accoutumance, nous aurons recours concurremment aux solutions désensibilisantes, qui ont elles-mêmes un très grand pouvoir bactéricide sans être toxiques, aux solutions antiseptiques cytogènes, telles que la solution de DAKIN, ou de chloramine T, ou la solution MENCIÈRE que nous utiliserons au cours de nos séances de soins, et sous pression de préférence (JOYEUX).

Entre temps nous conseillerons l'emploi de topiques gingivaux entraînant des modifications brusques des tissus et favorisant l'action de substances désensibilisantes.

TOPIQUE GINGIVAL.

Teinture d'aconit. » de chochléaria. » de pyrètre.	aa 5 grammes.

ou bien

Teinture de quinquina. Chloroforme. Alcool méthylique.	aa 5 grammes.

formules à appliquer en badigeons sur les gencives deux à trois fois par semaine le soir après brossage.

Nous aborderons ensuite la partie la plus délicate de notre thérapeutique locale, « la destruction du clapier ».

Dans l'énumération des stades successifs de la maladie, nous

avons admis, après un grand nombre d'auteurs d'ailleurs, que le clapier était la lésion capitale dans la pyorrhée. Toute thérapeutique qui n'atteint pas l'état général et le clapier est un non-sens, et est vouée à l'insuccès. C'est le clapier qui abrite et entretient la flore microbienne, c'est grâce à l'abri qu'il offre à tout ce complexe d'albuminoïdes que la nécrobiose cellulaire s'opère. C'est par cette porte toujours ouverte que pénètre « l'antigène déchaînant » et que les légions microbiennes achèvent la désorganisation tissulaire.

Une partie de notre thérapeutique locale portera donc son effort sur la suppression du clapier, c'est par sa destruction que nous réussirons à fermer cette porte, et nous la fermerons d'autant mieux que nous aurons des tissus déjà modifiés par une thérapeutique générale et locale, donc plus aptes à la cohésion.

Restent à déterminer les moyens les plus pratiques, les moins douloureux, pour obtenir ce résultat (1°, 2°, 3°).

Malassez et Galippe, puis Toirac et Bourdet préconisent les premiers la méthode chirurgicale qui consiste à exciser au bistouri tous les tissus gingivaux décollés.

Cette méthode est radicale, mais souvent douloureuse et sanglante ; de plus, le bistouri ne peut que difficilement détruire les clapiers interproximaux, et ce mode de destruction offre un caractère mutilant très disgracieux.

Reste l'électro-coagulation, qui est parfaite, mais exige une anesthésie locale et une instrumentation spéciale ; il en est de même du therm ocautère.

Toutefois, nous ouvrons une parenthèse à propos des cautérisations ignées, prescrites par M. Roy, ponctions qu'il fait parallèlement à l'axe de la dent.

M. Lubetzki, dans son livre, préconise ces ponctions ignées seulement dans les culs-de-sac profonds, car, dit-il « la suppression des calculs et des fongosités suffira pour faire disparaître toute suppuration, et pour rendre à la gencive sa coloration et sa tonicité normales, parce que le cul-de-sac aura disparu (*loco cit.*, p. 472).

Nous ne voyons pas pourquoi ces ponctions ignées, qui sont en tous points excellentes, ne doivent pas être appliquées sur les culs-de-sac peu profonds, et nous n'avons jamais vu que l'ablation du tartre et la destruction des fongosités seules puissent faire disparaître un clapier, disparition prise au sens littéral du mot. Si l'anneau gingivo-coronaire est détruit au point de permettre l'intrusion du

tartre à la place occupée par la membrane circum-radiculaire, jamais ce tissu décollé ne se soudera à nouveau le long du cortex osseux de la racine, car même alors si le tartre est enlevé, il subsistera à cet endroit un clapier, espace peut-être virtuel, mais qui se remettra en activité dès que des dépôts colloïdaux se seront à nouveau infiltrés entre ses deux parois.

A notre avis, il faut, au contraire, détruire tous les décollements gingivaux, tous les culs-de-sac et surtout les petits, qui existent dans les pyorrhées du 1°, 2° et 3°, car nous ne croyons pas qu'il faille attendre que le mal soit totalement et irrémédiablement développé pour l'arrêter.

Nous pouvons utiliser pour provoquer cette disparition, soit la méthode chirurgicale, soit les ponctions ignées de M. Roy, qui ont l'avantage de favoriser le développement du tissu fibreux, désormais seul soutien de la dent.

Nous aurons encore à notre disposition les caustiques, tels que les solutions de sublimé corrosif comme le préconisait Galippe, utilisées à trois ou quatre pour mille, ou encore l'acide trichloracétique.

Mais la méthode de choix reste acquise à l'utilisation de caustiques tels que le chlorure de zinc, le chlorure d'antimoine, les solutions de potasse caustique, qui toutes donnent une escarre nette et bien délimitée, dont l'application n'est nullement douloureuse.

Toutes ces solutions peuvent indistinctement s'employer à raison de 20 %, au moyen de fins fouloirs, qui portent le caustique sur la gencive à détruire.

Ces séances consacrées à la destruction des clapiers alterneront avec des séances de détartrage, car à mesure que le clapier disparaîtra des blocs de tartre sous-gingivaux apparaîtront.

Nous procéderons ainsi à la destruction progressive des clapiers pyorrhéiques, concurremment avec toute notre médication générale et locale, et ce dans les pyorrhées des 1°, 2° et 3°, les pyorrhées des 4° étant du ressort d'une thérapeutique toute différente, dont nous parlerons plus loin.

Alors, seulement lorsque nous aurons détruit le tartre, les clapiers, et sérieusement amorcé la thérapeutique générale et locale, nous procéderons à la rectification, par meulage, des traumatismes de l'occlusion qui subsisteront.

Nous décèlerons ces traumatismes au moyen du papier bleu à

articuler, tout en maintenant par pression les dents mobiles dans leur position.

La totalité des clapiers disparus, nous favoriserons la formation de tissu fibreux (Roy), soit par les ponctions ignées, soit par la méthode sclérogène de Lannelongue, qui consiste à injecter une ou deux gouttes d'une solution de chlorure de zinc à un pour mille, dans les gencives, ou mieux d'une solution au même titre de sulfate de quinine ou de quinine-urée, méthode utilisée de nos jours pour scléroser la prostate, et qui donne aussi d'excellents résultats dans notre thérapeutique.

On pourra utiliser de même, pour éviter les injections toujours douloureuses, des topiques contenant du tannin à saturation, de la créosote de houille, mise en très petite quantité sur le bord cervical des gencives préalablement cautérisées à l'aide du thermo ou à l'aide de caustiques.

A ce moment, nous procéderons aux dépulpations nécessaires.

Nous avons déjà vu le rôle joué par la suractivité circulatoire dans la formation des dépôts osseux, dépôts qui sont assimilables aux phénomènes de diffusion colloïdale, dans leur composition chimique, comme dans leur morphologie ; nous voulons dire par là que les phénomènes colloïdaux qui président à la formation ou au maintien de l'os ont besoin de calme pour se manifester.

Or, notre thérapeutique conservatrice des procès alvéolaires exige que nous nous mettions dans les meilleures conditions pour que la densité osseuse subsiste.

Il nous faut donc aider, activer, la réaction organique hypercalcifiante (calcosphérite ou ossification pulpaire) qui tend déjà à diminuer physiologiquement, puis à arrêter la circulation pulpaire par sclérose et envahissement calcaire. Il nous faut donc supprimer cette circulation centrale chirurgicalement.

Nous sommes tout à fait convaincu de l'utilité de la dépulpation chirurgicale, faite aseptiquement s'entend, qui peut et doit, dans une certaine mesure freiner la résorption alvéolaire.

Toute modification, si minime soit-elle dans cet ordre d'idées, n'est pas à dédaigner, et ne serait-ce même que pour éviter les pulpites à rétro telles que les a décrites M. Roy, nous devons y avoir recours à certain degré de la maladie.

La diminution de l'état inflammatoire péri-radiculaire ajoute ses bienfaits à la dépulpation, et un processus réparateur s'ensuit.

Nous avons tous pu constater que la pyorrhée « épargne plus longuement » les dents dépulpées, comme le remarque P. HOUSSET, dans son travail sur l'utilisation des bridges dans la pyorrhée.

Il ne nous reste donc, après en avoir admis l'utilité, qu'à déterminer l'heure de cette intervention, c'est-à-dire la phase de la maladie à laquelle il faut y avoir recours.

A notre avis, toute dent présentant une lésion pyorrhéique du 3°, lésion en profondeur, et même si le coefficient d'étendue n'est que 1, doit être dévitalisée aseptiquement, nous le répétons, et contenir à l'intérieur un potentiel antiseptique suffisant pour opposer une barrière mécanique et chimique à l'infection ascendante.

C'est également à ce moment que nous procéderons à l'avulsion des dents qui ne sont plus justiciables d'un traitement, car nous considérons l'avulsion chirurgicale des dents pyorrhéiques qui ont atteint le 4° avec un coefficient d'étendue à la puissance quatre comme étant une mesure thérapeutique de protection, de prophylaxie, pour les dents voisines moins atteintes.

Il est bien rare, en effet, que les septa soient détruits, que la disparition presque complète du ligament réduit à un peu de tissu fibreux n'entraîne une suppuration abondante, et ne constitue la lésion dangereuse, en activité, et qu'il faut détruire sans rémission. A moins bien entendu de considérations esthétiques urgentes, auquel cas on peut simplement appliquer à ces dents le traitement sclérogène. Mais à moins de ces cas impérieux nous pratiquons toujours l'avulsion de ces « épines » qui ne sont plus que des foyers d'infection.

A la suite de ces soins, nous envisagerons les mesures prothétiques propres à rétablir le dynamisme des arcades dentaires, rétablissant ainsi l'équilibre statique de celles-ci.

Pour les règles de construction de ces diverses prothèses nous renverrons nos auditeurs aux travaux spéciaux faits par les auteurs qualifiés, qui en ont défini les fondements et modalités dans leurs écrits (CH. GODON, MM. FREY et LEMERLE, G. VILLAIN, ROY, P. HOUSSET).

Nous émettrons simplement à ce sujet, comme règle, de ne jamais commencer les rectifications occlusales par meulage, ou la prothèse de contention dès les premières séances de traitement, car les soins préliminaires des lésions locales et de l'état général amènent toujours des modifications heureuses qui limiteront souvent l'intervention prothétique.

30-V-29

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Par ordre alphabétique).

ARTHUS. — De l'Anaphylaxie à l'immunité. MASSON, édit. 1921.

COMBIESCO et STAMATESCO. — Sur la désensibilisation des cobayes neufs contre le choc anaphylactique carotidien par l'injection de sérum de cobayes ayant ingéré du bicarbonate de soude. Compte rendu de la Société de Biologie, n° 30, T X C I X 1928.

P. CANTONET et L. LIBÉE. — Variation de l'équilibre vago-lymphatique chez les asthmatiques. Compte rendu de la Société de Biologie, n° 15, 1928. Voir LEBÉE, *Paris Médical*, 25 sept. 1926.

COMBIESCO et STAMATESCO. — Sur l'action désensibilisante des solutions saturées de bicarbonate de soude dans l'anaphylaxie chez les cobayes. Comptes rendus Société de Biologie, p. 1374, n° 30, 1928.

A. BESREDKA. — Anaphylaxie et anti-anaphylaxie. MASSON, édit. 1917.

A. BESREDKA. — Immunisation locale. MASSON, édit. 1925.

J. DANYSZ. — Origine, évolution et traitement des maladies chroniques non contagieuses. J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 1920.

J. DUCLAUX. — Les colloïdes. GAUTHIER-VILLARS, édit. 1925

DELATER et FOURNET. — Fiche synoptique pour prise d'observation. *Odontologie*, 30 mai, n° 5, 1926.

DELATER. — Essai sur le rôle de l'inflammation dans le développement de la pyorrhée alvéolaire. *Odontologie*, 30 mai 1927.

DELATER. — A propos de la communication de M. Hulin sur les aspects histologiques de la pyorrhée. *Odontologie*, novembre 1928, n° 11.

FREY. — Os, dents, etc... *Revue de la Stomatologie*, 1928.

FICHOT. — La pyorrhée est-elle une spirochétose ? *Province Dentaire*, août 1922, n° 4.

FLESMANN et GOTTLIEB. — Contribution à l'histologie et à la pathogénie de la pyorrhée alvéolaire. *Dental Cosmos*, avril 1921, n°s 4-5.

P. HOUSSET. — Utilisation des bridges dans la pyorrhée alvéolaire. *Odontologie*, 23 février 1926.

Ch. HULIN. — Etude d'anatomie pathologique et de pathogénie dans la pyorrhée alvéolaire. *Odontologie*, 37e Congrès dentaire, avril 1928.

Ch. HULIN. — Nature et mode de formation des calculs salivaires. *Odontologie*, 7 février 1928.

Ch. HULIN. — Réponse à quelque critique de M. DELATER. *Odontologie*, janvier 1929, n° 1.

HUGENSCHMIDT. — Traitement de la périodontite expulsive. *Odontologie*, février 1897, n° 2.

A. IMBERT. — Le problème du déchaussement des dents, édition *Semaine dentaire*, 1927.

KOPACZEWSKY. — Pharmacodynamie des colloïdes. DOIN, édit. 1925.

KOPACZEWSKY. — Théorie et pratique des colloïdes en biologie et en médecine. VIGOT F., édit. 1923.

LERICHE et POLICARD. — La physiologie normale et pathologique de l'os. MASSON, édit. 1926.

LUBETZKI. — Dentisterie opératoire. J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 1929.

A. LUMIÈRE. — Rôle des colloïdes chez les êtres vivants. MASSON, édit. 1921.

A. LUMIÈRE. — Théorie colloïdale de la biologie et de la pathologie, 1922.

A. LUMIÈRE. — Le problème de l'anaphylaxie. G. DOIN, édit., Paris, 1924.

A. LUMIÈRE. — La vie, la maladie et la mort, phénomènes colloïdaux. MASSON, édit., Paris, 1928.

W. LEWIS. — Traité de chimie physique. MASSON, édit. 1922.

J. LOEB. — Les protéines. Félix ALCAN, édit., Paris, 1924.

MALASSEZ et GALIPPE. — Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéopériostite alvéolo-dentaire. C. R. S. Biologie, 2 août 1884.

Léonor MICHAELIS. — Manuel de technique de chimico-physique et chimie des colloïdes. MASSON, édit., Paris, 1923.

PASTEUR VALERI-RADOT et BLAMONTIER — Danger de la désensibilisation anaphylactique par cuti-réactions. Société Médicale des Hôpitaux, 1929.

30-V-29

ROY. — La nature et l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire. *Odontologie*, 30 mai 1927.

ROY. — Discussion sur la nature et l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire, 30 juin 1927, *Odontologie*.

ROY. — Discussion sur la nature de la pyorrhée alvéolaire. M. ROY, M. DELATER, M. HULIN. *Odontologie*, août 1927, n° 8.

ROY. — Réponse à quelques objections. *Odontologie*, 30 septembre 1927.

RETTERER. — Des images histologiques qui précèdent et accompagnent la pyorrhée alvéolaire, *Revue de Stomatologie*, n° 8, août 1924, n° 7, juillet 1924.

J. TELLIER. — Rapport présenté au 2e Congrès français de Stomatologie de Paris, 1911.

J. TELLIER. — Le périodonte tissu mixte couplé conjonctivo-épithélial. Congrès de Stomatologie, Paris, octobre 1924.

VLES. — Cours de physique biologique. VIGOT Fr., édit., Paris, 1927.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mai 1929.

Résumé

La séance est ouverte à 8 heures 45, sous la présidence de M. le Dr Bonnet-Roy.

Le *Dr Raoul Monod* rapporte plusieurs observations d'accidents d'ostéomyélite des maxillaires s'étant développés au cours de l'évolution dentaire. Ces accidents se trouvent à tous les âges depuis les premiers temps de la naissance jusques et y compris la période d'évolution des dents de sagesse. Ils sont importants à connaître car, se développant en dehors de toute altération dentaire, ils risquent de provoquer des erreurs de diagnostic et pourraient entraîner une thérapeutique chirurgicale regrettable s'ils étaient confondus avec un sarcome ou une tuberculose osseuse. Leur pronostic est habituellement favorable, le chirurgien doit opérer avec prudence, de façon à respecter le plus possible les germes dentaires avoisinant la lésion.

M. Hulin présente les conclusions thérapeutiques de son très important travail sur la pyorrhée alvéolaire. Il envisage le traitement sous quatre points de vue différents : 1° hygiène générale ; 2° traitement médicamenteux général ; 3° hygiène locale ; 4° traitement médicamenteux local. L'ensemble du travail de M. Hulin est une contribution de valeur à l'étude de la pyorrhée. De nombreuses expériences de laboratoire, des recherches très ingénieuses faites notamment sur des chiens font du travail de M. Hulin un ensemble d'une valeur scientifique qui fait honneur à son auteur.

M. le Dr Nevrezé présente une étude de la morphologie dentaire et de ses rapports avec le squelette, la physiologie et l'intellect du patient examiné. Il conclut à l'existence de trois types fondamentaux qu'il discrimine par la teneur des différents sels inorganiques contenus dans leurs tissus dentaires. Le premier type ayant une prédominance de carbonate : le deuxième type, une prédominance de phosphate ; le troisième type, une prédominance de sels de fluor et de silice. Partant de ces trois types fondamentaux, il envisage des types intermédiaires présentant les caractéristiques de deux ou trois types fondamentaux. De cette étude préalable, il tire des conclusions intéressant la thérapeutique dentaire, l'hygiène générale du sujet et le système d'éducation qui convient le mieux à son tempérament.

La séance est levée à minuit.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 avril 1929.

COMMUNICATIONS

M. le Dr Dieulafé. — Traitement des fractures du maxillaire inférieur par suture osseuse au fil d'argent. L'auteur publie quatre observations de fractures de la mandibule traitées heureusement par suture osseuse au fil d'argent.

M. Ridard. — Un cas de cellulite cervico-thoracique consécutive à un ostéo-phlegmon odontopathique. L'auteur expose l'observation d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire développé à la suite d'une mortification pulpaire d'une grosse molaire de la mandibule. Cette affection s'est compliquée d'une collection siégeant tout le long du paucier et dont l'agent pathogène semblait être l'entérocoque.

MM. Félix et *Gustave Ginestet.* — Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par le cyanure de mercure en injections intraveineuses. Les auteurs relatent une observation qui permet d'espérer d'heureux résultats par l'emploi de cette nouvelle méthode thérapeutique des stomatites ulcéro-membraneuses.

Dr CROCQUEFER.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 18 mars 1929

La séance est ouverte à 21 h. 10 sous la présidence de *M. Sapet*, président.

Le Président donne la parole à M. le Dr *Lesbougries*, professeur-agrégé à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, sur LES STOMATITES ANIMALES EN GÉNÉRAL.

Le *Dr Lesbougries* tient tout d'abord à envisager ce sujet sur le terrain anatomo-pathologique.

Abordant le vif de sa communication, l'auteur souligne tout particulièrement la symptomatologie délicate que présentent la plupart des stomatites chez les animaux.

Si nombreuses et si complexes que soient leur étiologie, étant donné la variété d'espèces, un fait pourtant domine. Alors que chez l'homme ces affections évoluent suivant un processus et des stades bien déterminés, chez les animaux il en est tout autrement. Les stomatites s'installent chez ces derniers d'emblée. Leur paroxysme simultané frappe entièrement l'appareil digestif.

Eliminant avec netteté et force argumentation l'action métastasique, le conférencier sut, avec un charme oratoire et un intérêt scientifique tout particulier, démontrer combien la symptomatologie en est difficile, les difficultés immédiates auxquelles sont exposés les vétérinaires, vu leur pronostic très souvent grave.

Le Dr *Lesbougries*, toujours très écouté et avec un esprit méthodique remarquable, fouille immédiatement toute la pathogénie. Passant en revue les différentes stomatites, chez les animaux domestiques en particulier depuis la forme catarrhale banale ulcéro-membraneuse, aphteuse, jusqu'à la forme gangréneuse (nom), il ouvre une parenthèse pour les formes pseudo membraneuses, phelgmoneuses et vésiculeuses.

Il relate, concernant la forme vésiculeuse, une épidémie très grave qui sévit pendant la guerre chez les chevaux canadiens, due à l'ingestion de foins altérés et dont le caractère contagieux n'était pas des moins curieux.

Les stomatites médicamenteuses sont également l'objet d'une étude très serrée.

Le Dr *Lesbougries*, très applaudi, termine son magistral exposé en insistant tout particulièrement sur les rapports plus étroits qui devraient exister entre le dentiste et le vétérinaire, liens dont l'art vétérinaire tirerait sans aucun doute un si large profit.

Prennent part à la discussion de la communication du Dr *Lesbougries* : *MM. Lebrun, Fourquet, Genton, Chapet*, le Dr *Maurel, M. Sapet.*

2° Histoire d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire. M. Lebrun.

M. Lebrun relate un cas clinique d'adéno-phelgmon sous-maxillaire, supposé d'origine laryngo-pharyngée.

S'inspirant des travaux de *Sebileau* sur les phlegmons péri-mandibulaires odontopathiques (*Presse Médicale*, 1921), *M. Lebrun* souligne la difficulté rencontrée parfois pour leur accorder une étiologie saine et basée, exigeant une inspection minutieuse de la région suspectée.

On s'efforce à tort à leur donner une origine dentaire et de ce fait l'on néglige une petite lésion souvent indélébile des muqueuses ou de la joue.

Prennent part à la discussion : le Dr *Maurel, MM. Fourquet* et *Sudaka.*

3° Elargissement des canaux. M. Schatzmann.

M. Schatzmann nous montre une incisive supérieure présentant un énorme faux canal.

Ces accidents sont évités par l'utilisation appropriée et judicieuse des forets de Gates et de Peeso, suivant une technique que *M. Schatzmann* décrit avec la clarté et la minutie que nous lui connaissons.

Prennent part à la discussion : *MM. Fourquet, Lebrun, Vabois, Dauzier, Chapet* et *Sapet.*

La séance est levée à 23 h. 45.

Le secrétaire-adjoint : René Sudaka.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DENTAIRE

L'assemblée générale de la Société d'Electro-Radiologie dentaire a eu lieu le 11 avril, à l'Hôtel du Foyer Médical, sous la présidence du Dr *Foveau de Courmelles.*

Après les différents comptes rendus : moral, scientifique, financier et

l'élection du Bureau pour l'année en cours, le secrétaire général présente les excuses de M. Abrand qui, empêché, ne peut faire la communication portée à l'ordre du jour.

En l'absence du Dr H. Bordier, le secrétaire général lit la communication qu'il a fait parvenir. Il s'agit d'un nouveau manche porte-électrode, permettant de régler à volonté l'intensité et la fréquence des courants à haute fréquence — le maniement en est facile puisqu'il se fait par simple déplacement d'une boule d'acier.

Le *Dr Foveau de Courmelles*, tout en reconnaissant l'intérêt de cet appareil, rappelle qu'un système du même type a été décrit autrefois dans l' « Année Electrique ».

Prenant à son tour la parole, il expose pourquoi le dentiste est excellemment placé pour dépister le premier les cancers buccaux. Après un exposé succinct des différentes théories de l'étiologie du cancer (cancer : maladie générale, cancer : maladie irritative locale) et de son traitement, il insiste davantage sur l'aspect clinique des cancers de la langue et des lèvres, et développe leur traitement par l'électro-coagulation ou les aiguilles de radium.

M. Barail présente un procédé très élégant d'anesthésie électrosmotique dentino-pulpaire.

Grâce à un anesthésique spécial qu'il a mis au point et qu'il conduit dans les tissus par la haute fréquence, il obtient une insensibilisation totale de la dentine et de la pulpe. Ce procédé ne détermine ni hémorragie, ni arthrite, ni choc anesthésique.

A la question que lui pose un membre qui demande si la haute fréquence ne conduit pas jusqu'au péri-apex, en même temps que l'anesthésique, les toxines d'une pulpe sensible, mais infectée, il répond ne l'avoir jamais cliniquement observé.

M. Barail lit enfin la communication de *M. Plantier*, empêché. Celui-ci a imaginé un meuble auto-stérilisateur à cadres métalliques, composé de casiers standard dans lesquels entrent des boîtes standard. Une plaque chauffante diffuse l'antiseptique employé, dont les vapeurs ne se répandent pas dans la pièce.

Le secrétaire-adjoint, F. BROCHIER.

Le Bureau de la Société pour 1929-30 est composé comme suit :

Président : Dr Foveau de Courmelles ; *vice-présidents* : MM. Schwabacher, Foulon ; *secrétaire général* : M. Barail ; *secrétaire adjoint* : M. Brochier ; *trésorier général* : Dr Niéto ; *trésorier-adjoint* : M. Orio.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES
(A. F. A. S.)

Section d'Odontologie

CONGRÈS DU HAVRE

Rappelons que le Congrès du Havre aura lieu du 25 au 30 juillet 1929 et que la Section d'Odontologie (XIVe) sera présidée par M. A. Blatter.

Rappelons aussi que pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages : facilité de voyage, réductions, comptes rendus, excursions, etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Les adhésions sont reçues par le Secrétaire de la Section, M. Derouineau, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat Général de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Le montant de la cotisation est de 30 francs par an, plus un droit d'inscription de 10 francs pour les membres nouveaux. Membre à vie : 300 francs.

Communications annoncées :

Dr SOLAS. — Stérilisateur pour daviers.
M. GEOFFROI. — A) Un cas de prothèse restauratrice pour une paralysie jugale. B) Meulage insensible des dents.
M. G. ANDRÉ. — Les grands chocs sur le système nerveux d'origine dentaire.
La science bienfaisante.
La science homicide.
M. LUBETZKI. — Sujet réservé.
M. G. VILLAIN. — Sujet réservé.
Dr ROY. — Sujet réservé.
M. G. MARTINIER. — Sujet réservé.
M. TEXIER. — Sujet réservé.
Dr PONT. — Les dents incluses ; pathogénie et traitement.
Drs G. BOISSIER et A. BOULAND. — Vingt figures du temps jadis (documents photoscopiques relatifs à l'histoire de l'art dentaire).

19e ANNÉE No 5 — 30 MAI 1929 — VOL. LXVII

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

RÈGLEMENT GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION PUBLIQUE POUR L'EXÉCUTION DE LA LOI DU 5 AVRIL 1928 SUR LES ASSURANCES SOCIALES.

Nous extrayons de ce règlement, publié au Journal Officiel *du* 5 *avril* 1929, *les articles intéressant la profession dentaire :*

SECTION II

PRESTATIONS.

CHAPITRE Ier. — ASSURANCE MALADIE

1o *Prestations en nature.*

Art. 32, § 1er. — Conformément au paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, l'assuré soigné sans hospitalisation choisit librement son praticien (médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme) dès lors que celui-ci est qualifié d'après le paragraphe ci-après pour participer au fonctionnement de l'assurance. Toutefois, en vertu du paragraphe 3 du même article, son choix est limité, pour les visites des médecins et sages-femmes à domicile, aux praticiens de la commune où il réside, ou, à défaut, de la commune la plus rapprochée ; l'assuré ne peut faire appel à des praticiens établis ailleurs qu'à la condition de supporter le supplément de frais pouvant en résulter.

§ 2. — Sont qualifiés pour dispenser les prestations en nature dans les conditions prévues à l'article 4, paragraphe 3, de la loi :

1o Les praticiens affiliés ou non à l'un des syndicats professionnels ayant passé une convention avec la caisse à laquelle appartient l'assuré, s'ils ont adhéré à cette convention par une déclaration adressée à ladite caisse ;

2o Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune des conventions conclues par la caisse, ont néanmoins, par une déclaration adressée à celle-ci, indiqué celui des syndicats contractants dont ils acceptent le contrôle technique ;

3o Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune desdites conventions ni indiqué par déclaration celui des syndicats contractants appelé à les

contrôler, se soumettent au contrôle technique du syndicat de praticiens désigné par la caisse.

Art. 33, § 1er. — Par application de l'article 4, paragraphe 4, et de l'article 6, paragraphes 1er et 2, de la loi, l'assuré qui doit être soigné par voie d'hospitalisation exerce librement son choix entre les établissements de soins qui appartiennent à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser également à d'autres établissements de soins ; mais le supplément de frais pouvant résulter de ce choix, tant pour les soins, médicaments et appareils que pour l'hospitalisation, est laissé à la charge de l'intéressé.

L'assuré soigné dans un établissement appartenant à la caisse ou ayant traité avec elle n'a pas le choix du praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois conférer à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux attachés ou non à l'établissement.

§ 2. — Les établissements de soins ne sont tenus d'admettre les bénéficiaires de l'assurance qu'autant qu'ils sont liés par contrat avec la caisse à laquelle appartiennent les intéressés et dans les conditions et sous les garanties qui y sont fixées.

Art. 34, § 1er. — Toute caisse d'assurance qui a pour objet de couvrir le risque maladie établit, sur la base d'un règlement-type élaboré par l'office national des assurances sociales, un règlement fixant les conditions d'attribution des prestations, le mode de fonctionnement des services de l'assurance et les règles du contrôle auxquelles sont soumis les bénéficiaires. Ce règlement, rédigé en conformité avec les stipulations des conventions passées par la caisse intéressée, doit être approuvé par l'office national des assurances sociales.

§ 2. — Le règlement prévu au paragraphe 1er détermine notamment :

a) Les formalités que les bénéficiaires de l'assurance doivent remplir et les justifications particulières qui doivent être fournies à la caisse en vue de l'attribution du payement ou du remboursement des prestations en nature et de l'allocation des prestations en argent ;

b) Les conditions et délais d'admission, ainsi que les avantages qui leur sont offerts dans les établissements d'hospitalisation, de prévention, de cure et de convalescence, dispensaires, cliniques, centres d'examen ou de traitement appartenant à la caisse ou avec lesquels elle a contracté ;

c) Le taux et les modalités de la participation des assurés, telle qu'elle est prévue par l'article 4, paragraphe 5, de la loi, aux frais médicaux généraux, spéciaux et dentaires, aux frais pharmaceutiques et aux frais d'acquisition ou de renouvellement des appareils ;

d) La discipline imposée aux malades ou blessés ;

e) Les conditions dans lesquelles peuvent être délivrés, sur ordonnance médicale, les médicaments magistraux, officinaux et les médicaments spécialisés conformément aux lois et décrets en vigueur, et notamment aux décrets des 3 mai 1850 et 13 juillet 1926, et à la loi du 25 avril 1895, ainsi que les appareils, et notamment les appareils de prothèse dentaire (fonctionnels ou nécessaires à l'assuré pour l'exercice de sa profession) ;

f) Les conditions dans lesquelles les frais médicaux et pharmaceutiques

sont vérifiés, pour éviter qu'ils ne soient abusifs, et les cas où la caisse peut, soit refuser de payer ou de rembourser ceux de ces frais qui auraient ce caractère, soit en poursuivre éventuellement le remboursement.

Art. 35, § 1er. — Les caisses d'assurance passent, dans les conditions énoncées aux articles ci-après, avec les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements publics hospitaliers ou les établissements privés, notamment les dispensaires, cliniques, hôpitaux, établissements de cure et de prévention, les conventions nécessaires pour assurer leurs services de prestations à domicile et par hospitalisation.

§ 2. — Ne sont admis à traiter avec les caisses d'assurance que les syndicats professionnels de praticiens agréés à cet effet par l'office national des assurances sociales, après avis des principaux groupements professionnels de praticiens.

§ 3. — Les conventions doivent être soumises, avant leur signature, à l'approbation de la commission tripartite instituée par l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

Art. 36. — Pour les assurés soignés à domicile, les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticiens fixent :

1° Les conditions dans lesquelles sont dispensées les prestations en nature ;

2° Les tarifs applicables pour le rémunération des soins médicaux (généraux, spéciaux et dentaires) et le remboursement des frais de déplacement, ainsi que pour le payement des médicaments et appareils ;

3° Les modalités du contrôle technique.

Art. 37, § 1er. — Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux donnés au domicile de l'assuré ou du praticien sont établis par localités et fixés dans les limites maxima des tarifs syndicaux ordinaires.

§ 2. — Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, comme il est dit à l'article 32 ci-dessus, a, par une déclaration adressée à la caisse, expressément adhéré à la convention.

Art. 38, § 1er. — Les tarifs applicables aux médicaments magistraux, officinaux, aux spécialités et aux appareils, sont, pour les soins donnés au domicile de l'assuré ou du praticien, fixés dans les limites maxima d'un tarif général unique arrêté par le conseil d'administration de l'office national, après avis d'une commission spéciale, sous réserve du droit d'opposition des ministres du travail et des finances, tel qu'il est prévu à l'article 189 du présent décret.

§ 2. — La commission spéciale est nommée par le conseil d'administration de l'office national, et composée pour un cinquième de représentants des groupements de médecins, de pharmaciens et de fabricants de produits pharmaceutiques, pour un cinquième de membres de l'académie de médecine et de professeurs des facultés de pharmacie, et pour trois cinquièmes de représentants de l'office national des assurances sociales, des caisses d'assurances sociales et de la caisse générale de garantie.

§ 3. — La commission n'insère dans ce tarif général les spécialités que si elles sont vraiment irremplaçables ou si elles sont d'un prix moins élevé que les médicaments non spécialisés qu'elles sont destinées à remplacer.

Les tarifs, ainsi que les dispositions prévues à l'article 36, 1°, ci-dessus, sont opposables à tout praticien affilié au syndicat contractant. Ces tarifs sont également opposables aux autres praticiens qui ont adhéré expressément à la convention.

Art. 39, § 1er. — Les conventions passées entre les caisses et les établissements publics hospitaliers déterminent :

1° Les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades ;

2° Les conditions dans lesquelles leur sont donnés les soins ;

3° Les conditions dans lesquelles leur sont fournis les médicaments et appareils ;

4° Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation dans les limites fixées par l'article 6, paragraphe 2, de la loi ;

5° Les modalités du contrôle général exercé par la caisse en vertu de l'article 7, paragraphe 1er, de la loi ;

6° Les dispositions prises par l'administration hospitalière pour assurer le contrôle technique.

§ 2. — Les tarifs applicables pour les soins donnés dans les établissements publics hospitaliers et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectuées sont fixés, dans les limites maxima prescrites aux deux articles précédents, par des conventions passées par les caisses, soit avec les administrations hospitalières après entente avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, soit avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, après entente avec lesdites administrations hospitalières.

Art. 40, § 1er. — Les conventions passées entre les caisses et les établissements de soins privés déterminent, dans les limites maxima prescrites aux articles 37 et 38 ci-dessus, les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades, les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation et les modalités du contrôle général exercé par la caisse.

§ 2. — Les tarifs applicables pour la rémunération des soins dans ces établissements et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectuées, ainsi que les modalités du contrôle technique, sont déterminés dans les limites maxima prescrites aux articles 37 et 38 ci-dessus, par des conventions passées par les caisses, soit avec lesdits établissements de soins après entente avec le syndicat ou l'un des syndicats professionnels de praticiens prévus à l'article 35, paragraphe 2 du présent décret avec ce syndicat après entente avec lesdits établissements.

Art. 41, § 1er. — Sous réserve de la participation de l'assuré aux frais prévue à l'article 4, paragraphe 5 de la loi, les frais médicaux et pharmaceutiques sont pris en charge par les caisses d'assurance, pour les soins donnés tant au domicile du praticien ou de l'assuré que dans les établissements de soins, jusqu'à concurrence des tarifs fixés conformément aux articles 37, 38, 39 et 40 du présent décret.

§ 2. — Dans le cas où l'assuré s'adresse à un praticien ou à un établissement qui n'a pas contracté avec la caisse ou n'a pas adhéré à une convention

passée par elle, le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques dont la caisse a la charge est celui de la convention passée par ladite caisse avec le syndicat professionnel ou l'établissement de la circonscription à laquelle ressortit l'assuré et, si elle a contracté avec deux ou plusieurs syndicats ou établissements, le tarif le moins élevé.

§ 3. — Les médicaments et appareils qui ne sont pas prévus dans les conventions passées avec la caisse ne sont pris en charge par elle qu'autant qu'ils sont énumérés dans le tarif général arrêté comme il est dit à l'article 38 du présent décret et qu'ils ont été prescrits par ordonnance.

Art. 42, § 1er. — Les conventions ci-dessus prévues déterminent si le montant des frais médicaux, pharmaceutiques ou autres, qui s'y trouvent fixés, est payé par la caisse au praticien, au cas où l'assuré est soigné à domicile ou en cas d'hospitalisation, à l'établissement public hospitalier ou à l'établissement privé, ou bien s'il est acquitté par l'assuré à charge de remboursement par la caisse, ou encore s'il peut être acquitté indifféremment, suivant l'une ou l'autre de ces modalités.

§ 2. — Le règlement-type prévu à l'article 34 du présent décret déterminera les formalités à remplir et les pièces à fournir, suivant la modalité adoptée par le contrat, pour permettre ce payement ou ce remboursement.

§ 3. — Les modalités de la participation de l'assuré aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres, prévue à l'article 4, paragraphe 5, de la loi, sont fixées dans le règlement intérieur de la caisse prévu à l'article 34 ci-dessus, en conformité avec les stipulations contractuelles qui les concernent.

§ 4. — Lorsque le contrat prévoit le règlement direct desdits frais par l'assuré, la caisse peut faire l'avance de tout ou partie de la part qui lui incombe aux intéressés qui seraient momentanément sans ressources. Les conditions d'attribution et les justifications d'emploi des avances de cette nature seront fixées par le règlement intérieur de la caisse.

§ 5. — Quelles que soient les modalités fixées par les conventions susvisées pour le règlement desdits frais, les bénéficiaires de l'assurance peuvent, en cas d'urgence dûment constatée, obtenir de la caisse, sur justifications, le remboursement de la partie, à la charge de celle-ci, des frais payés directement par eux, soit au praticien, soit à l'établissement public hospitalier ou à l'établissement de soins privés.

Art. 43, § 1er. — Les frais d'hospitalisation proprement dits dans les établissements qui ont contracté avec la caisse ou dans ses propres établissements ne sont, en vertu de l'article 6, paragraphe 2, de la loi, pris en charge par elle que dans la mesure où ils ne dépassent pas les tarifs appliqués dans les établissements publics hospitaliers pour les malades admis au régime de l'assistance médicale gratuite ou pour les victimes d'accidents du travail admises sous le régime de la loi du 9 avril 1898.

§ 2. — Lorsque le bénéficiaire de l'assurance s'est adressé, pour être hospitalisé, à un établissement qui n'est pas lié par contrat avec la caisse, ces frais sont pris en charge par celle-ci dans les mêmes limites.

Art. 44, § 1er. — Le règlement intérieur des établissements de soins appartenant à la caisse détermine les conditions dans lesquelles sont ad-

mis et hospitalisés les assurés malades, ainsi que celles dans lesquelles les soins médicaux leur sont donnés, et les médicaments et appareils leur sont fournis.

§ 2. — Dans le cas où la caisse assure, par ses propres praticiens, les soins donnés dans ses établissements, et effectue directement les fournitures de médicaments et d'appareils, la participation aux frais qui incombent aux bénéficiaires de l'assurance, en vertu de l'article 4, paragraphe 5, de la loi, est calculée d'après un tarif de base arrêté chaque année par la caisse.

§ 3. — Dans le cas où la caisse n'assure pas, par ses propres praticiens, les soins donnés dans ses établissements ou n'effectue pas directement les fournitures de médicaments et d'appareils, les tarifs applicables pour ces prestations sont fixés dans des conventions passées avec les syndicats professionnels prévus à l'article 35, paragraphe 2, du présent décret.

§ 4. — Chaque année, les caisses arrêtent les tarifs des frais d'hospitalisation applicables à leurs établissements.

§ 5. — Les tarifs prévus aux paragraphes précédents doivent être soumis à la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, qui ne peut refuser son approbation que si elle les estime trop élevés.

....

3° *Contrôle.*

Art. 50, § 1er. — La caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie.

§ 2. — Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles par ses administrateurs, ses sections locales et ses correspondants locaux.

Art. 51. — Le contrôle peut s'effectuer suivant les modalités et sous les réserves ci-après déterminées, tant sur les assurés que sur le service des prestations, par l'intermédiaire de médecins contrôleurs et accessoirement de visiteurs et dames visiteuses. Il est assuré sur le service médical et pharmaceutique par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens.

Art. 52, § 1er. — Les médecins contrôleurs chargés de la surveillance des malades procèdent à toutes investigations et constatations concernant leur état et leur incapacité de travail. En cas de désaccord avec le médecin traitant, ils avisent la caisse.

Ils ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin-traitant.

Ils ne doivent pas donner de soins aux assurés.

§ 2. — Des visiteurs et dames visiteuses peuvent, en outre, être chargés de s'enquérir des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les malades, de leur dispenser les prestations en argent et de leur apporter un concours moral.

§ 3. — Les médecins contrôleurs ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

§ 4. — Les bénéficiaires de l'assurance ne peuvent s'opposer au contrôle exercé par les conditions déterminées par le présent article. Ils peuvent exiger toutefois d'être examinés en présence du médecin traitant.

Art. 53, § 1er. — Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le praticien, confié par les caisses aux syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé un contrat et dans les conditions qui y sont fixées sous réserve du contrôle général appartenant à la caisse et qui ne peut être délégué par elle. Le syndicat professionnel compétent l'exerce, soit sur l'initiative de la caisse, soit de sa propre initiative.

Les syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine du retrait de l'agrément qui leur est donné par l'office national des assurances sociales, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, prend toute mesure nécessaire pour y parer.

§ 2. — En ce qui concerne les soins, le contrôle technique porte sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par le praticien.

L'exercice de ce contrôle ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celles d'autres praticiens.

§ 3. — Les syndicats professionnels signalent aux caisses les abus constatés pour permettre à celles-ci d'exercer séparément ou conjointement avec eux toutes actions contre les auteurs responsables de ces abus.

Art. 54. — Dans le cas où un bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations en dehors de la circonscription de la caisse à laquelle il est affilié, le contrôle général prévu à l'article 50 ci-dessus est confié à la caisse qui a pris en charge le service des prestations sous réserve du droit de regard de la caisse d'origine qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse de rattachement a contracté.

Art. 55, § 1er. — Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces établissements.

§ 2. — Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions, auxquelles se refèrent les conventions visées à l'article 39 du présent décret.

Art. 56. — En ce qui concerne les établissements privés et les établissements appartenant à la caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un syndicat composé des seuls médecins de l'établissement.

Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 53 du présent décret.

Art. 57, § 1er. — La commission départementale tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi est composée de neuf membres, dont trois représentants des caisses départementales et des caisses primaires pratiquant les assurances maladie, maternité ou invalidité dans le département, trois représentants de l'office départemental et trois représentants des syndicats professionnels de praticiens, dont un pharmacien. Ces délégués sont élus respectivement dans chaque catégorie par les conseils d'administration ou administrateurs desdits organismes dans les conditions prévues à l'article 298 du présent décret. Ils sont nommés pour quatre ans. Le président de la commission est désigné par l'office national des assurances sociales, parmi les représentants du conseil d'administration de l'office départemental.

§ 2. — Pour l'examen des questions intéressant les chirurgiens-dentistes, la commission s'adjoint à titre consultatif un spécialiste désigné par elle.

Pour l'examen des questions relatives à l'application des tarifs pour soins et fournitures de médicaments et d'appareils dans les établissements publics hospitaliers, la commission s'adjoint, à titre consultatif, un conseiller technique désigné par elle.

§ 3. — Les dépenses qui pourront être nécessitées par le fonctionnement de la commission sont à la charge de l'office départemental.

Art. 58, § 1er. — La commission tripartite est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 7, paragraphe 5, de la loi. Les décisions prises par elle doivent être notifiées aux organismes, services ou administrations intéressés.

§ 2. — L'appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la commission tripartite dans les dix jours de la notification. Communication en est donnée dans les dix jours qui suivent aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans le délai d'un mois à dater de cette dernière communication.

Art. 77, § 1er. — Pendant les cinq premières années de l'invalidité, le pensionné bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie, à la condition de participer aux frais médicaux et pharmaceutiques, conformément à l'article 4, paragraphe 5, de la loi.

§ 2. — Ces prestations sont dues au pensionné par la caisse dont il dépendait pour l'assurance-maladie. Lorsqu'il s'agit de dispenser les soins que réclame son état d'invalidité, ladite caisse se met en rapport avec celle à qui incombe le risque invalidité ; elle agit de concert avec elle, chaque fois que l'état de l'intéressé nécessite des soins spéciaux, une intervention chirurgicale ou un traitement dans un établissement de prévention ou de cure.

§ 3. — Les dépenses afférentes à ces prestations et concernant les assurés affiliés aux caisses d'un même département pour les soins aux invalides

sont réparties sur l'ensemble des adhérents de ces caisses, dans les conditions qui seront fixées par un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre des Finances.

§ 4. — L'organisme à qui incombe le risque invalidité peut, au cours de la période quinquennale ci-dessus visée, prendre à sa charge, par des conventions passées avec les caisses d'assurance-maladie, tout ou partie des soins susceptibles de réduire ou de faire disparaître l'état d'invalidité.

Art. 136, § 1er. — L'office départemental s'assure que les intéressés remplissent les conditions prévues par la loi pour bénéficier de l'assurance facultative. Il transmet les demandes à la caisse ou aux caisses qui ont été désignées par les intéressés. Ces caisses peuvent faire subir à ceux-ci, s'ils désirent s'assurer en vue des risques maladie, maternité, invalidité ou décès, les visites médicales qui leur paraissent nécessaires. Ces visites ont lieu aux frais de la caisse.

§ 2. — L'office procède, s'il y a lieu, après avoir recueilli l'avis des organismes intéressés et vérifié les contrats d'assurance préparés par la caisse, à l'immatriculation de l'intéressé et lui délivre une carte d'assurance sociale du modèle arrêté par l'office national.

§ 3. — Si l'immatriculation est refusée, l'assuré peut se pourvoir dans les formes et délais prévus aux articles 314 et suivants du présent décret.

§ 4. — L'office départemental doit être appelé à approuver, avant mise à exécution, tout avenant au contrat primitif.

SECTION II

Bénéficiaires de la législation des pensions militaires.

Art. 171, § 1er. — Les bénéficiaires de la législation des pensions militaires assurés obligatoires en tant que salariés reçoivent, par l'intermédiaire de la caisse d'assurance à laquelle ils sont affiliés, tant les soins auxquels ils ont droit leur vie durant au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par celle du 21 juillet 1922, que ceux auxquels ils peuvent prétendre en vertu de la loi du 5 avril 1928.

§ 2. — Ils conservent le bénéfice de tous les droits qu'ils tiennent de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

§ 3. — Au cas où, tout en étant assurés obligatoires, comme salariés, ils ne rempliraient pas encore ou ne rempliraient plus les conditions exigées pour obtenir les prestations des assurances sociales, les bénéficiaires de la législation des pensions militaires peuvent néanmoins continuer à recevoir les soins auxquels ils ont droit au titre de ladite législation, par l'intermédiaire de la caisse d'assurance à laquelle ils sont affiliés.

§ 4. — Un arrêté concerté entre les ministres du Travail, des Pensions et des Finances déterminera les modalités d'application du présent article et notamment les conditions dans lesquelles la caisse d'assurance sera remboursée.

§ 5. — Conformément à l'article 51, paragraphe 1er, de la loi du 5 avril 1928, les bénéficiaires de la législation des pensions militaires, seront, en tant qu'assurés obligatoires comme salariés, dispensés, par mesure ex-

ceptionnelle, du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres, mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Art. 172, § 1er. — Au cours du premier trimestre de chaque année, le préfet de chaque département communique à l'office départemental une copie de la liste des personnes bénéficiaires des soins médicaux et pharmaceutiques en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

§ 2. — Le fonctionnaire de l'intendance militaire ou maritime chargé du service des pensions dans le département communique également à l'office départemental, dans les mêmes délais et les mêmes formes, la liste des malades ou blessés de guerre qui ont été pensionnés au titre de la loi du 31 mars 1919 sans avoir droit à la gratuité des soins établis par l'article 64 de ladite loi, et notamment la liste de ceux dont la pension est allouée en vertu des articles 48, 49, 50 et 51 de la loi du 31 mars 1919.

....

Art. 175. — La surprime mise à la charge de l'Etat en vertu de l'article 51, paragraphes 1er et 4, de la loi des assurances sociales, correspond, pour les assurés compris sur la liste n° 1 visée à l'article 173 ci-dessus, à l'aggravation des risques résultant de leur qualité d'invalides de guerre ; elle comporte en outre, pour les assurés inscrits sur la liste n° 2, une subvention forfaitaire représentative des soins qui leur sont donnés par l'intermédiaire de la caisse d'assurances sociales et auxquels ils avaient déjà droit du chef de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

....

Art. 177, § 1er. — Au reçu des états préparés en vertu de l'article 174 du présent décret, le ministre des Pensions prescrit le versement, sur le chapitre des soins aux victimes de la guerre, aux comptes ouverts par la caisse des dépôts et consignations aux organismes intéressés, des subventions représentatives de l'aggravation des risques et des soins auxquels ont droit les assurés blessés ou malades de guerre.

§ 2. — Une réduction proportionnelle est apportée aux surprimes individuelles des bénéficiaires qui n'ont été couverts, au titre de la loi des assurances sociales, que pendant une fraction d'année.

....

Art. 184. — Un décret rendu sur la proposition des ministres de l'Intérieur, du Travail et des Finances, précisera les conditions d'application du paragraphe 3 de l'article 59 de la loi, d'après lequel, bien que les personnes pouvant avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie et de l'assurance-invalidité soient privées de la faculté de se réclamer du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques, si elles sont inscrites sur la liste de l'assistance médicale gratuite doit rester à la charge de ce service.

....

Art. 202, § 1er. — La désignation des administrateurs employeurs est faite par l'assemblée générale des délégués assurés sur la présentation d'une liste établie par les employeurs et comportant un nombre de candidats au moins double de celui à élire. A cet effet, le président de la caisse départementale invite, six semaines avant la date de l'assemblée générale,

les employeurs qui occupent des salariés, dépendant pour l'un quelconque des risques de ladite caisse, à se concerter et à lui faire parvenir, cinq jours au moins avant l'assemblée, la liste de leurs candidats.

§ 2. — Les syndicats professionnels de praticiens, liés par contrat avec la caisse départementale, sont invités dans les mêmes conditions à adresser à cette caisse la liste des candidatures à soumettre à l'assemblée générale.

§ 3. — Les administrateurs à élire en dehors de ceux ci-dessus désignés sont élus par l'assemblée générale des délégués des assurés.

Chapitre II. — Elections aux conseils d'administration des offices départementaux et interdépartementaux.

Art. 295, § 1er. — Les membres élus du conseil d'administration des offices départementaux ou interdépartementaux sont désignés respectivement par les assurés, les employeurs, les médecins et les pharmaciens, qui sont administrateurs des caisses d'assurances sociales constituées dans chaque département ou ayant une ou des sections dans le département.

§ 2. — En vue de cette désignation, le directeur de l'office départemental ou interdépartemental établit, un mois avant la date de chaque élection, pour chaque catégorie d'électeurs, la liste électorale. Il fixe, en même temps, le nombre de voix dont disposera chaque électeur, en proportion de l'effectif de la caisse dont il est administrateur, ou de l'effectif de la section ou des sections que cette caisse possède dans le département. Chaque électeur a droit à :

2 voix pour les caisses ayant exceptionnellement moins de 500 membres;
3 voix pour les caisses ayant de 501 à 750 membres ;
4 voix pour les caisses ayant de 751 à 1.000 membres ;
5 voix pour les caisses ayant de 1.000 à 2.000 membres ;
le nombre de voix s'accroissant d'une unité par 2.000 membres au-dessus de 2.000.

§ 3. — Ladite liste est déposée à l'office et dans chaque sous-préfecture. Les intéressés sont avisés de ce dépôt par voie d'avis dans la presse.

Chapitre III. — Elections a la commission tripartite départementale

Art. 297. — En vue de la nomination de la commission tripartite départementale, les caisses d'assurances sociales désignent trois représentants les syndicats de médecins, deux représentants et les syndicats de pharmaciens, un représentant. Le conseil d'administration de l'office départemental ou interdépartemental désigne, de son côté, trois représentants.

Art. 298, § 1er. — Les représentants des caisses d'assurances et des syndicats professionnels de praticiens à la commission tripartite départementale prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, sont élus respectivement par ces caisses et syndicats, au scrutin de liste, suivant les règles fixées par le décret du 31 janvier 1921 pour les élections des membres ouvriers du conseil supérieur du travail.

§ 2. — Chaque organisme dispose d'une voix par 25 membres. La délégation du droit de suffrage des syndicats de moins de 25 membres peut être faite à un autre syndicat de praticiens.

§ 3. — La liste électorale est établie, par l'office départemental ou interdépartemental, un mois au moins avant la date de chaque élection. Elle comporte le nombre de voix attribué à chaque organisme.

§ 4. — Les dispositions des articles 211, paragraphe 3, 295, paragraphe 3 et 296 ci-dessus sont applicables à l'élection des membres de la commission tripartite.

....

CIRCULAIRE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES A MM. LES PRÉFETS

Paris, 27 février 1929.

L'article premier de la loi du 18 août 1927 relative à l'exercice de l'art dentaire par les dentistes diplômés ou non diplômés d'Alsace et de Lorraine confère le droit d'exercer sur tout le territoire français :

1° Aux dentistes, établis en Alsace et en Lorraine à la date du 11 novembre 1928 et réintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité ;

2° Aux dentistes, autorisés en vertu des dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 24 septembre 1919 à s'établir en Alsace et Lorraine et qui ont commencé leur apprentissage avant le 1er août 1914.

Cependant, la pratique a montré que ces dentistes, qui tiennent leurs droits d'exercice de la loi, rencontrent des difficultés lorsqu'il s'agit pour eux de s'installer dans un autre département que le Bas-Rhin, le Haut-Rhin ou la Moselle, ou bien encore, une fois installés de changer de département.

Il leur faut, à chaque fois qu'ils se déplacent, qu'ils accomplissent de nombreuses démarches auprès des Préfectures, avant d'obtenir la reconnaissance de leurs droits, c'est-à-dire leur inscription sur la liste médicale départementale.

Les administrations départementales se trouvent, en effet, très naturellement embarrassées pour apprécier la situation des requérants, dont les droits découlent des dispositions transitoires spéciales aux départements recouvrés.

Pour éviter, autant que faire se peut, ces déplacements onéreux et irritants, j'ai décidé, par délégation spéciale, de charger la Direction des Services d'Hygiène d'Alsace et de Lorraine, à Strasbourg, de délivrer aux intéressés qui lui en feront la demande soit directement, soit par votre intermédiaire, des attestations certifiant leurs droits.

Par ailleurs, et pour me permettre d'assurer le contrôle nécessaire en la matière, copie de chacun de ces certificats me sera adressée aussitôt

sa délivrance et vous aurez, de votre côté, à me tenir exactement informé des attestations qui vous seront présentées.

Les demandes de certificats, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la Direction des Services d'Hygiène d'Alsace et de Lorraine accompagnées pour les dentistes de la première catégorie, d'une pièce justifiant de la nationalité du demandeur, et pour les dentistes de la seconde catégorie, du certificat d'apprentissage ci-dessus visé.

Vous voudrez bien assurer à ces dispositions la plus large publicité et, notamment, en communiquer l'essentiel aux syndicats professionnels intéressés de votre département.

Le Ministre,
LOUCHEUR.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS DU 9 AU 14 JUIN 1929

Par lettre en date du 12 avril 1929, le Ministre de la Guerre (7e Direction) fait connaître qu'à l'occasion des Journées Médicales de Paris qui auront lieu du 9 au 14 juin 1929, le Service de Santé organisera au Palais des Expositions (Porte de Versailles) une démonstration de matériel sanitaire de campagne.

Cette démonstration aura un caractère pratique, pouvant utilement servir à l'instruction des officiers de réserve du Service de Santé.

En conséquence, les Médecins, comme du reste les Pharmaciens, Dentistes et Officiers d'Administration de réserve du Service de Santé participant aux journées médicales pourront être convoqués en période d'exercices, sans solde, pour prendre part à ces démonstrations techniques.

La participation de ces Officiers à ces Journées leur sera comptée pour une période d'exercices, sans solde, de six jours, à diminuer de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 des lois du 1er avril 1923 et 31 mars 1928, sans toutefois qu'elle entre en ligne de compte pour la période obligatoire imposée en 1929, aux Officiers de réserve appartenant aux classes 1920 à 1924.

Les Officiers de réserve du Service de Santé du Gouvernement Militaire de Paris, désireux de prendre part à ces exercices, devront adresser avant le 25 mai 1929, leur demande à la Direction du Service de Santé, Hôtel des Invalides, qui leur adressera une convocation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE FISC ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

L'examen des comptes de nombreux membres de votre si estimable corporation, et par conséquent de leurs déclarations de bénéfices, a attiré mon attention sur l'état d'infériorité où se trouvent, dans certains cas, les chirurgiens-dentistes par rapport aux professions commerciales, infériorité produite par notre législation qui interdit de reporter les pertes subies au cours d'un exercice déficitaire sur l'exercice bénéficiaire des années suivantes.

Prenons pour exemple un jeune confrère qui s'installe dans un cabinet ancien qu'il a racheté. Il modifie un peu le salon selon la mode du jour, le cabinet selon les progrès de la science, et dépense ainsi une somme assez forte. Son installation est terminée en fin octobre.

Jusqu'au 1er janvier, la clientèle, en raison du changement de direction, est assez clairsemée ; en tous cas, sur les honoraires au 31 décembre, les encaissements auront été d'autant plus faibles qu'il est de coutume assez courante de ne présenter les notes qu'au 1er janvier.

Dans ces conditions, le premier exercice de ce confrère se clôture par un déficit qui comprend non seulement les frais de première installation, mais encore les fournitures et des travaux non payés, des frais de loyer, d'aide, d'entretien, etc...

L'année suivante, la clientèle, timide au début, est revenue augmentée même, et le deuxième exercice se clôture par un bénéfice de 50.000 francs sur l'intégralité desquels votre collègue sera taxé, sans qu'il lui soit tenu compte du déficit de l'exercice précédent. Il sera donc lésé.

Si nous supposons qu'au lieu de reprendre un cabinet, ce collègue ait voulu en monter un, je ne crois pas être taxé d'exagération si je dis que, s'établissant dans un quartier à clientèle aisée, faisant une installation en rapport avec le quartier, de façon un peu luxueuse, une dépense de 200.000 francs sera très vraisemblablement nécessaire. Il est certain que si nous supposons que l'installation ait été terminée en octobre ou novembre, les recettes que ce collègue aura encaissées avant le 1er janvier suivant seront à peu près nulles et ne couvriront même pas les frais courants d'exploitation. L'année suivante, donc, pas d'impôts sur les bénéfices, puisque l'exercice se sera clôturé par un déficit de 200.000 francs ; mais si la suivante, la notoriété arrive, que le jeune praticien réussisse à s'attirer une clientèle sérieuse, il aura, un an plus tard, à payer l'impôt sur les bénéfices nets de son deuxième exercice régulier, sans aucune déduction pour les pertes précédentes de première installation.

En l'état actuel de la jurisprudence, il vous est interdit de reporter

sur un exercice les pertes d'un exercice précédent ; mais en revanche, il ne nous semble pas difficile de tenir un état exact, avec factures à l'appui, des dépenses telles que l'achat d'instruments, l'installation d'un matériel nouveau, etc., comptabilité qui pourrait être produite si une modification était apportée à l'état actuel de notre jurisprudence fiscale...

Il vous appartient donc, avec l'aide de vos Syndicats, des conseils de vos Sociétés professionnelles, d'obtenir des pouvoirs publics l'autorisation d'amortir sur un certain nombre d'années de pareilles dépenses.

A titre d'exemple, voici un tableau établissant la différence d'impôts que l'un de vous aurait à payer, après des frais d'établissement de 200.000 francs, d'abord d'après les règlements actuels, ensuite en supposant qu'il puisse amortir en 15 ans ces mêmes dépenses :

Bénéfice supposé : 50.000 francs sans amortissement.

Impôt sur bénéfice	3.600 »	
» sur revenus	1.333 34	
Soit par an..............	4.933 34	
	et en 15 ans..	74.000 fr.

Bénéfice supposé : 50.000 francs, amortissement en 15 ans des frais de premier établissement (200.000 francs : 15 — 13.333 33).

Impôt sur bénéfice	2.094 »	
» sur revenus	666 40	
Soit par an..............	2.760 40	
	et en 15 ans..	41.406 fr.
	Soit un profit de......	32.594 fr.

Nous estimons que de tels chiffres se passent d'autres commentaires.

Terminons en faisant observer que l'amélioration envisagée serait profitable non seulement aux jeunes qui s'installent, mais aussi à ceux d'entre vous des plus anciens et des plus expérimentés qui risquent de voir leur propriétaire résilier le bail ou d'obtenir leur renvoi pour démolir l'immeuble dans lequel ils sont installés afin de le remplacer... plus tard par un palace moderne. Il vous faudrait alors remonter, peut-être dans un quartier différent, un nouveau cabinet, avec tous les frais que vous connaissez ; évidemment, les risques de non réussite seront diminués, mais, malgré tout, le premier exercice déficitaire sera toujours à peu près inévitable... si vous êtes obligés, comme actuellement, de porter aux dépenses de ce premier exercice tous vos frais d'établissement.

Fiscalité et Sociétés,
50, rue de Châteaudun, 50, Paris (9e).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ÉTAT ACTUEL DE L'ODONTOLOGIE ET DE LA STOMATOLOGIE SOVIÉTIQUES

Par le Dr HERSCHANSKY,

Médecin-dentiste à Odessa

(*Résumé*).

Jusqu'en 1894, l'odontologie était exercée uniquement par des dentistes, qui ne possédaient malheureusement ni l'expérience clinique, ni la préparation théorique, ni les connaissances médicales qu'elle comporte, ni même une instruction générale suffisante.

En 1891, intervint une loi imposant, pour devenir médecin-dentiste, deux ans et demi d'études dans une école dentaire, puis un examen devant un jury spécial à la Faculté de médecine. L'expérience a amené la suppression de l'Institut dentaire.

Dès le début, la création des écoles dentaires fut viciée, parce qu'elles étaient toutes entre les mains des particuliers et l'enseignement y était insuffisant.

En 1917, l'imperfection de la méthode provoqua un mouvement d'opinion pour le transfert de l'enseignement odontologique à la Faculté de médecine, qui ne fut réalisé qu'en 1922. Pour faciliter leurs études aux odontologistes et les compléter furent créés des laboratoires, des cliniques, etc.

L'assistance dentaire publique fut organisée, avec introduction des principes prophylactiques pour lutter dans les masses contre les maladies de la bouche.

Les Facultés de médecine comptent maintenant des chaires d'odontologie fondées par le Gouvernement soviétique et possédant tous les instruments, le matériel et les fournitures dont elles ont besoin.

Il a été fondé également à Moscou, Leningrad, Odessa et Minsk, des Instituts spéciaux d'odonto-stomatologie d'État pour perfectionner les connaissances des anciens dentistes et des nouveaux médecins dentistes.

Le Congrès dentaire national de 1928, qui a eu lieu à Leningrad, a montré le succès des chaires odontologiques et des Instituts odontologiques d'Etat, établi par les travaux scientifiques sortis de ces établissements.

Le Commissariat national de la santé publique s'attache à introduire l'assistance odontologique selon un plan régulier dans les masses de la population travailleuse.

Dans la plupart des villes ont été créées des établissements odontologiques auprès des policliniques médicales et des hôpitaux, en même temps que des établissements odontologiques indépendants.

Des cabinets dentaires ont été ajoutés aux grandes entreprises industrielles, à la plupart des sections médicales des chemins de fer, au service des eaux, dans la flotte, l'armée, dans des villages, etc. Des cliniques dentaires scolaires ont été organisées, avec des soins méthodiques.

La prophylaxie est la préoccupation de la dentisterie soviétique d'Etat.

Au 1er janvier 1927, on comptait dans une partie de l'U. V. R. S. S., 1407 ambulances odontologiques d'Etat, 2.160 cabinets dentaires, 150 laboratoires de prothèse dentaire, 2.827 médecins dentistes, 452 mécaniciens. En 1928, ces chiffres ont augmenté.

On compte actuellement 10.000 odontologues, dont 60 % dans les établissements d'Etat ; la pratique privée est beaucoup réduite et diminue visiblement chaque année.

La fabrication des instruments, du matériel, des fournitures nécessaires aux dentistes s'est développée dans le pays et l'importation en a beaucoup diminué.

En résumé, la dentisterie, son enseignement et son organisation sociale sur de nouvelles bases ont réalisé et réalisent chaque jour de grands progrès.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord est heureux de porter à la connaissance des praticiens de l'art dentaire l'arrêt suivant de la quatrième Chambre correctionnelle de la Cour d'Appel de Douai.

COUR D'APPEL DE DOUAI, 4e CHAMBRE CORRECTIONNELLE

Arrêt du 9 février.

Ministère public contre Capette.

La Cour,

M. le conseiller Debuisson a fait le rapport de l'affaire et donné lecture des pièces de la procédure, notamment du jugement sus rappelé, lequel, par les motifs qui y sont exprimés, acquitte Capette et le renvoie des fins de la poursuite sans peine ni dépens.

Ouï le prévenu en ses explications.

Ouï le Ministère public appelant en ses réquisitions et son appel à minima.

Ouï Me Duccs de la Naille, conseil du prévenu.

La Cour après avoir délibéré,

Attendu qu'il résulte de l'information, comme aussi des aveux de l'inculpation que ce dernier s'est borné à procéder à des prises d'empreintes et par la suite à la pose d'appareils de prothèse dentaire, que pour sa défense, Capette fait plaider que lesdits faits ne constituent pas l'exercice illégal de l'art dentaire.

Mais attendu que si la simple fabrication des pièces de prothèse dentaire ne rentre pas dans les prévisions de la loi du 30 novembre 1892, il en est différemment lorsqu'à cette fabrication se joint le fait de prendre une empreinte et d'opérer la pose d'un appareil en dehors de la surveillance d'un dentiste exerçant régulièrement sa profession, qu'en vain on voudrait soutenir que la prise d'empreinte ne se faisant plus en plâtre, aucun danger ne saurait s'en suivre, qu'en effet la prise d'empreinte doit toujours être précédée d'un examen de l'état de la bouche et des mâchoires, examen qui manifestement est de la compétence exclusive d'un chirurgien-dentiste.

Par ces motifs, la Cour, faisant droit à l'appel du Ministère Public, réforme le jugement dont est appel, dit Capette coupable d'avoir à Roubaix, en mil neuf cent vingt-sept et mil neuf cent vingt-huit, pris part habituellement à la pratique de l'art dentaire, et lui faisant application des articles seize, dix-huit de la loi du 30 novembre 1892 ; cinquante-deux du Code pénal, cent quatre-vingt-quatorze du Code d'instruction criminelle qui ont été lus à l'audience par M. le Président et qui sont ainsi conçus...

Le condamne à cinquante francs d'amende.

Et attendu que Capette n'a jamais été condamné, que les renseigne-

ments fournis sur son compte sont bons, vu les articles un et deux de la loi du 26 mars 1891.

La Cour dit qu'il sera sursis à l'exécution de la peine prononcée contre lui.

L'avertissement prescrit par l'art. 3 de la loi précitée a été donné à l'audience au condamné par M. le Président.

Et vu l'article 194 du Code d'instruction criminelle, lu à l'audience par M. le Président et transcrit au jugement.

Condamne le prévenu aux frais de la cause d'appel liquidés à soixante et un francs soixante-quinze centimes non compris l'enregistrement de l'arrêt, onze francs vingt et les droits de poste s'élevant en appel à treize francs.

Fixe à cinq jours la durée de la contrainte par corps.

NÉCROLOGIE

M. J. Raymond vient d'être éprouvé par la mort de son beau-père, M. F. X. Pierre, décédé le 17 mai 1929, dans sa 73e année.

***

M. Zimmermann nous annonce le décès de sa belle-mère, Mme Veuve Raglin, survenu le 6 mars, dans sa 66e année.

***

M. Gaston Espy nous fait part du décès de son grand-père, M. Lucien Espy, à l'âge de 89 ans, survenu le 12 mai 1929.

Nous adressons nos condoléances à ces confrères, membres de l'A. G. S. D. F.

***

Nous avons le regret d'apprendre le décès de Mlle Odette Bouffard, ancienne élève de l'École dentaire de Paris, survenu le 24 mai, 69, rue Lamarck, à Paris, à l'âge de 35 ans.

Nous adressons nos condoléances à sa famille.

Erratum.

P. 285, *Nécrologie,* 21e ligne, rectifier ainsi l'information publiée :

On annonce le décès, à l'âge de 60 ans, *de Mme Alexandre, mère* de M. Paul Alexandre, membre de l'A. G. S. D. F., survenu à Chamonix le 8 mars 1929.

NOUVELLES

Nominations. — Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination d'examinateur à la Faculté de médecine pour les examens de chirurgien-dentiste de MM. E. Darcissac, Dr Desforges, Dr Dreyfus, P. Housset, Dr Leblan, Martinier, Morineau, Pailliottin, Dr Roy, Dr Solas, Dr Vais, L. Viau, H. Villain, Wallis-Davy, tous membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.

* * *

Par décision du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris en date du 14 mai 1929 M. Lubetzki, professeur suppléant, a été nommé professeur titulaire.

Clinique dentaire Eastman. — La première pierre de la clinique dentaire Eastman, fondée, grâce aux générosités de M. George Eastman, à Londres et adjacente à l'Hôpital royal libre, a été posée par le Prince de Galles, le 30 avril, à 2 h. 30.

Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France. — L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France s'est tenue le dimanche 7 avril 1929 au Grand Palais (Salle Jean-Goujon). M. de Croës présidait, assisté de MM. Bruel, Blanpin et Blocman. Après l'adoption du procès-verbal de l'assemblée générale de 1928, les rapports moral et financier furent votés ; puis, il fut procédé au renouvellement par tiers du Conseil d'administration.

MM. de Croës, Blocman, Salas, Renault, Hermann, Regnault, Wintergerst, Marcel David furent nommés conseillers titulaires.

MM. Lambert Gabriel, Forget, Morin, Vialle, Langlois, conseillers suppléants.

Les élections furent examinées et validées par la Commission de Déontologie du Syndicat et le 10 avril, le Conseil d'administration réuni constituait son bureau de la façon suivante :

Président : M. de Croes ;

Vice-présidents : MM. Bruel, Dr Friteau ;

Secrétaire général : M. Blocman ;

Trésorier : M. Hermann ;

Secrétaire des séances : M. Lambert Gabriel ;

Directeur des affaires politiques : Dr FRITEAU ;
Directeur des affaires judiciaires : M. BLANPIN ;
Directeur des affaires administratives : RENAULT Roger ;
Directeur de la Mutualité et Assurances : PÉRON.

Le Secrétaire général : BLOCMAN.

Mariages. — M. Gentilhomme, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, et Mme P. Gentilhomme nous font part du mariage de Mlle Christiane Gentilhomme leur fille avec M. Patrice Jourdeuil.

Nous leur adressons nos félicitations avec nos souhaits de bonheur pour les jeunes époux.

Le mariage de notre confrère M. Marcel Frankel avec Mlle Cassan a été célébré le 25 avril.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur.

Naissances. — M. et Mme Sapet nous font part de la naissance de leur frère Michel.

M. et Mme Louis Petithomme nous font part de la naissance de leur fils Jean-Claude.

Nous leur adressons nos félicitations.

49e ANNÉE. N° 6. 30 JUIN 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉVOLUTION DENTAIRE ET OSTÉOMYÉLITE DES MACHOIRES

PAR LE Dr RAOUL CHARLES MONOD

Chirurgien des hôpitaux.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 7 mai 1929*).

616.314.17 0081

Vous connaissez tous les relations étroites existant entre l'ostéomyélite des mâchoires et la carie dentaire. C'est un geste réflexe, lorsque nous constatons un gonflement inflammatoire sous-maxillaire, de chercher aussitôt la dent cariée. Vous avez certainement tous lu l'excellent article que, dans *la Presse Médicale*, le professeur Sebileau a consacré à ce sujet. Il y a montré, en particulier, l'extrême rareté de l'adéno-phlegmon, la fréquence de l'ostéophlegmon. Le terme d'ostéophlegmon est devenu justement classique. Je souhaite qu'il soit devenu classique aussi d'extraire toute dent cariée, cause d'accidents d'ostéite et ce, sans attendre que soit tombée la poussée inflammatoire. Tous ceux d'entre vous qui ont extrait une dent cariée, dans ces conditions, savent que très souvent ce seul geste thérapeutique suffit et que par l'alvéole se vide le pus de l'ostéophlegmon. Il ne faut pas ignorer qu'en dehors de toute carie dentaire peuvent s'observer des accidents sérieux d'ostéomyélites pendant l'évolution dentaire. Les accidents les plus connus comme les plus fréquents sont ceux de la dent de sagesse, mais il ne faudrait pas croire que les autres, celles de 6 et de 12 ans, celles de lait, en soient exemptes.

Personne ne discute plus aujourd'hui sur les relations étroites existant entre la poussée de la dent de sagesse et les accidents d'ostéomyélite de la mâchoire contemporaine de l'évolution dentaire. Vous me dispenserez d'insister sur les nombreuses hypothèses pathogéniques faites à ce propos, sur le rôle de l'iter dentis, sur celui du capuchon muqueux. La place prépondérante revient sans con-

tredit au manque de place car, comme le disait mon maître, le professeur Auguste Broca : « Le visage droit dont nous sommes si fiers ne va pas sans un petit inconvénient, le prognathisme des races inférieures et des singes disparaît dans nos races caucasiques. Si chez les singes supérieurs et les hommes inférieurs trois molaires permanentes poussent à leur aise, chez le blanc orthognate elles vont se trouver à l'étroit ».

La première, la deuxième grosse molaire se logent presque toujours bien, mais la troisième ne saura où se mettre, peut être déviée, retenue ou ulcérer les parties molles voisines.

Les mêmes accidents, encore une fois, peuvent s'observer sur les dents de six et de douze ans, même sur celles de lait.

Au premier abord vous serez sans doute surpris de me voir rapprocher les phénomènes qui se passent chez l'adulte de ceux observés chez l'enfant. En y réfléchissant, vous comprendrez que tous les accidents d'évolution doivent être les mêmes dans leur essence. Depuis la naissance jusqu'à l'achèvement de la troisième et dernière molaire définitive, les mâchoires sont en travail de dentition ; leur développement, leur accroissement va de pair avec ce travail et c'est de ce côté que vous devez chercher l'analogie des phénomènes qui se passent dans les os longs au niveau des cartilages conjugaux et servent d'appel à l'infection dans les ostéomyélites de croissance. Il y a toutefois cette grande différence qu'ici, dans la plupart des cas, l'infection se fait sur place, et qu'en outre, aux altérations osseuses se joignent des troubles importants du côté des parties molles.

Je vous ai dit dès le début que lorsque nous étions consultés pour un gonflement inflammatoire sous-maxillaire, nous commencions toujours notre examen par celui des dents, assuré de trouver neuf fois sur dix la dent cariée responsable. De temps à autre chez l'enfant cet examen est négatif, d'où il ne faut pas se hâter de conclure que les dents sont hors de cause. Si la palpation attentive nous révèle que le sillon gingivo-jugal est comblé, que l'os est hyperostosé, nous devons penser à un accident d'évolution et, suivant l'âge, incriminer la dent de six ans ou de douze ans.

La sagesse en pareille occurrence est de faire radiographier la mâchoire de l'enfant, elle vous montrera l'inclusion dentaire, de surveiller l'évolution et, si la dent tarde à percer, et que les accidents inflammatoires deviennent menaçants, d'intervenir chirurgica-

lement. L'intervention peut être menée à bien par voie buccale et conduit le plus souvent à l'ablation d'un séquestre alvéolaire avec la dent incluse.

Voici, entre beaucoup d'autres, une observation particulièrement instructive, d'autant plus intéressante que c'est à son propos que Broca, à qui nous devons nos connaissances précises sur ce sujet, vit pour la première fois les relations existant entre l'évolution dentaire et l'ostéomyélite.

« Il s'agissait d'une enfant sans antécédents pathologiques notables et qui fut prise en février 1895 d'un gonflement parotidien sous-maxillaire gauche qu'on attribua aux oreillons. Bientôt la région masséterine se tuméfia peu à peu sans douleur et sans fièvre et la mère vint consulter le 15 avril 1896 parce que depuis quelques jours se manifestaient de légères souffrances.

Broca constata, sous une peau d'apparence normale, un gonflement important de l'angle de la mâchoire, gagnant un peu vers le corps et davantage vers la branche montante : immédiatement il pensa à la carie de la dent de 6 ans et ne fut pas médiocrement surpris, en faisant ouvrir la bouche à l'enfant, de voir cette dent en place et parfaitement normale. En introduisant son doigt dans le vestibule buccal, on sentait avec netteté, entre ce doigt et la main droite palpant la joue, une hyperostose volumineuse. Pas de carie dentaire, dent de six ans normale, enfant de huit ans, chez laquelle, notez bien, cette lenteur d'évolution, le gonflement initial avait débuté plus d'un an auparavant, Broca ne songea pas au diagnostic exact. Il se demanda s'il ne s'agissait pas d'un ostéosarcome à marche lente ou d'une ostéite tuberculeuse. Avant de prendre un parti opératoire, car il est dur de se résoudre à une résection de la moitié du maxillaire, l'enfant fut revue régulièrement une fois par semaine pour surveiller l'évolution du mal.

Pendant six semaines, il n'y eut aucune augmentation de volume, mais le point douloureux sur la branche montante, en arrière de la dent de six ans, devint assez net pour que l'intervention fût décidée. Retenez en passant cette hésitation possible entre une ostéite et un ostéosarcome et concluez que souvent la conduite sage consiste à ne pas désarticuler d'emblée une mâchoire, mais à pratiquer d'abord une incision exploratrice, conseil qui s'applique surtout à certaines hyperostoses autour de la dent de sagesse incluse, mais qui, vous le voyez, est également de mise pour la dent de douze ans.

L'incision fut faite dans le sillon gingivo-jugal, la face externe de la mâchoire dénudée à la rugine et il fut mis à nu un orifice fistuleux. Celui-ci agrandi, permit de ramener un volumineux séquestre allant de la dent de six ans, à la branche montante ; ce séquestre brisé en deux portait à sa face interne la marque évidente d'une alvéole, et en dedans de lui, devant la racine de la branche montante la curette buta contre un corps très dur, la couronne de la dent de douze ans qui fut vite luxée à la curette. En dedans et au-dessous de cette couronne, fut extrait un autre séquestre qui, avec le précédent, complétait l'alvéole.

La guérison chez l'enfant dont je viens de vous rapporter l'histoire fut complète et les trois autres dents de douze ans sortirent sans accident.

Je crois les faits de ce genre du plus haut intérêt clinique et pratique et assez peu connus si j'en juge par l'embarras où j'ai vu plongés des médecins connaissant par ailleurs leur métier, mais ignorant ces accidents dentaires.

Ce qui précède peut s'appliquer aux autres dents, même à celles de lait, et je vous en citerai une observation remarquable par le jeune âge du sujet, un garçon de neuf mois, chez lequel la douleur et le gonflement de la joue droite avaient commencé dès l'âge de six semaines. L'état général devint médiocre, l'enfant s'alimentant et dormant mal, jusqu'au jour où un médecin ouvrit dans le sillon gingivo-jugal un abcès qui suppura d'abord beaucoup, puis peu à peu les douleurs cessèrent, l'état général s'améliora, mais la suppuration continua en sorte que la mère, inquiète, vint à l'hôpital. Il existait encore à cette époque un gonflement notable, douloureux à la pression. Au niveau du corps de la mâchoire inférieure, aucune dent n'émergeait au bord alvéolaire, mais à la région correspondante, au *siège futur* des premières molaires, s'ouvrait un orifice fistuleux au bord duquel le stylet touchait un séquestre : la fistule à ce niveau fut débridée et il fut extrait trois séquestres mobiles avec la couronne incluse de la première molaire temporaire droite. Un mois plus tard, le gonflement avait beaucoup diminué : un petit séquestre qui pointait dans le fistule fut enlevé. Quinze jours plus tard la suppuration persistant encore, un nouveau coup de curette dans la cavité fit sortir la couronne encore incluse de l'incisive latérale temporaire. La cicatrisation fut dès lors rapide et complète. Retenez l'histoire de cette nécrose dentaire du bord alvéolaire chez

un nourrisson, qui, non seulement n'avait aucune carie, mais même n'avait jamais eu une dent dehors ; chez lequel, en outre, les troubles de l'éruption dentaire ont été bien précoces puisque à six semaines déjà le mal avait commencé et qu'à cet âge on a coutume de n'observer au bord alvéolaire et à la gencive aucun des phénomènes congestifs et inflammatoires préalables à la dentition. On pourrait se demander si l'infection, ici, n'a pas eu une porte d'entrée lointaine et si le follicule dentaire, comparable au bulbe conjugal des os longs, n'a pas eu simplement un rôle localisateur. La chose n'est pas impossible, mais elle est certainement rare, la règle étant que dans l'ostéomyélite par évolution dentaire la porte d'entrée de l'infection soit proche et gingivale. C'est même la seule différence étiologique, mais elle est notable entre l'ostéomyélite par évolution dentaire et la banale ostéomyélite dite de croissance.

Dans celle-ci, l'infection est très rarement directe, presque toujours elle est hématogène, tandis que dans les mâchoires elle est presque toujours directe, tout comme lorsque une carie dentaire lui sert de porte d'entrée.

Au maxillaire supérieur s'observent des accidents semblables, mais beaucoup plus rarement. Le tableau clinique prête souvent à confusion. Le gonflement localisé à la joue avec rougeur diffuse simule l'érysipèle. Le gonflement des paupières peut aussi faire songer à une conjonctivite. La conclusion est que, devant tout accident inflammatoire oculaire et péri-oculaire, il ne faut jamais omettre l'examen de la denture et du sillon gingivo-jugal.

Je voudrais, en terminant, attirer encore votre attention sur un fait qui vous a peut-être déjà frappés au cours de cet entretien et que voici : lorsque l'ostéomyélite attaque le maxillaire des enfants, et ceci est vrai des ostéites par évolution comme de celles par carie dentaire, un ou plusieurs germes peuvent être successivement atteints. Si la dent est encore molle, ils avortent ; si la couronne est constituée elle entretient une suppuration prolongée jusqu'au jour où elle est éliminée ou extraite avec les séquestres. Il y a là, pour le maxillaire, un facteur très spécial d'ostéomyélite prolongée du bord alvéolaire — je dis du bord alvéolaire, car presque toujours, quand c'est une dent qui a allumé l'incendie, il reste limité au bord alvéolaire — notion capitale pour le chirurgien, qui, intervenant à temps, peut, par une incision vestibulaire et sans toucher à la peau enlever tous les séquestres.

Cette limitation à la partie dentaire vous rend compte également de la bénignité relative des accidents. Ne croyez pas pourtant que cette bénignité soit une règle absolue et je sais des exemples où des accidents semblables ont entraîné la mort.

Voilà, ce qu'il m'a paru intéressant de vous conter ce soir, en réponse à la courtoise invitation de mon vieil ami, le Dr Flavien Bonnet-Roy, votre président, qui m'a fait l'honneur de me donner la parole devant vous. Je l'en remercie, comme je vous remercie de votre bienveillante attention.

Je serais heureux si vous aviez l'occasion d'éprouver le bien-fondé des choses que je vous ai dites, qui m'ont été enseignées par mon maître, le Prof. Auguste Broca, et dont j'ai moi-même eu maintes fois l'occasion d'observer la portée pratique considérable.

(V. discussion, p. 447).

LES ÉTATS PRÉCANCÉREUX EN STOMATOLOGIE

PAR LE Dr A. PONT

Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon

(*Communication à la Semaine odontologique, avril 1929*).

616.31 006.46

On désigne sous le nom d'états précancéreux une série d'états pathologiques qui précèdent l'apparition des tumeurs malignes et leur installation dans l'organisme.

L'étude de ces états précancéreux offre, au point de vue scientifique, le plus grand intérêt. Leur traitement constitue la seule et la véritable prophylaxie du cancer. Aussi ont-ils été récemment l'objet de nombreux travaux parmi lesquels nous citerons, comme classiques, ceux de Ménétrier, de Darier (qui a étudié plus particulièrement les états précancéreux des muqueuses et de la peau) et, en Allemagne, les diverses publications d'Orth.

Depuis longtemps, j'avais étudié, au point de vue clinique, cette question dans les affections bucco-dentaires et, l'année dernière [1], j'ai publié une courte note accompagnée d'un aperçu anatomo-pathologique.

Je voudrais vous exposer aujourd'hui le résultat de quelques examens histologiques que j'ai fait pratiquer sur mes malades, grâce à l'obligeance et à la collaboration de MM. Noel et Pigeaud. Je crois utile de revenir sur ce sujet parce que c'est dans la cavité buccale que nous pouvons l'étudier le plus facilement et que nous pourrons peut-être pénétrer un jour le problème angoissant de ces états pathologiques. N'est-ce pas dans la cavité buccale que les états précancéreux sont les plus nombreux, les causes d'irritation étant si fréquentes et si variées ? N'est-ce pas dans la bouche que leur évolution peut le mieux s'étudier et se surprendre ? N'est-ce pas là enfin qu'ils sont les plus faciles à dépister si on les connaît bien, et qu'ils sont les plus faciles à atteindre et à traiter ?

Avant d'étudier plus spécialement les nombreux états précancéreux que nous pouvons rencontrer en stomatologie, il est bon de mieux préciser ce qu'on entend sous ce nom en pathologie générale.

On ne connaît pas encore la cause réelle du cancer et l'on ignore

1. *Province dentaire*, novembre 1927.

comment et pourquoi une cellule normale se transforme plus ou moins brusquement en cellule cancéreuse. On sait seulement que certaines cellules, sous des influences déterminées, deviennent cancérisables. On admet que, sous l'influence d'une irritation quelconque, les cellules embryonnaires, conjonctives ou lymphatiques peuvent se transformer en cellules néoplasiques. Ces cellules subissent des modifications chimiques, histologiques et physiologiques ; elles se développent et se multiplient, « puis, elles acquièrent rapidement des propriétés envahissantes et destructives, peuvent faire des métastases et présentent dès lors les caractères des cellules cancéreuses » (Roussy).

A l'origine des états précancéreux, on trouve, en première ligne, l'influence des traumatismes qui peuvent agir, soit de façon brutale, intense, soit de façon lente, faible, mais répétée. Cliniquement, cette influence du traumatisme est bien connue et on l'a signalée depuis longtemps à l'origine de beaucoup de cancers. Il en est de même de l'apparition du cancer sur les tissus soumis à une irritation ou à une inflammation chronique, sur les tissus cicatriciels. Tout récemment, M. A. Lumière[1], étudiant plus particulièrement les épithéliomas, démontre avec preuves à l'appui que, là où il y a cancer, il y a toujours eu, antérieurement, irritation chronique et cicatrice.

Il est admis, d'un autre côté que, si le stade d'hyperplasie irritative ou inflammatoire n'est pas forcément une étape de processus cancéreux, néanmoins, les états hyperplasiques et cicatriciels forment, comme l'a démontré Ménétrier, une partie importante des états précancéreux.

La transformation des tissus inflammatoires, ou des tumeurs bénignes en tumeurs malignes, n'a jamais été saisie histologiquement, au moment précis de cette transformation. Mais il est difficile parfois, comme le fait remarquer Roussy, et comme nous allons le voir tout à l'heure, de faire un diagnostic différentiel, non seulement cliniquement, mais aussi au microscope entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne. L'histologie n'infirme donc pas, confirme même parfois (c'est le cas dans certaines de nos observations) la possibilité et la vérité des faits cliniques : transformation d'un processus irritatif ou d'une tumeur bénigne en tumeur maligne.

1. A. Lumière. Le cancer, maladie des cicatrices, in-8°. Masson, 1929.

Dans un travail qui date de plus de 20 ans, j'avais montré que, cliniquement, on pouvait passer sans transition, sur le même malade, de la gingivite simple à la gingivite hypertrophique et à l'épulis ; les gingivites chroniques et, en particulier la gingivite tartrique doivent donc être surveillées attentivement par le clinicien. M. Heyninx, de Bruxelles, a rappelé, dans une intéressante communication, aux Journées médicales de 1928, que l'on trouvait, dans les culs-de-sac gingivo-dentaires, des patients atteints de pyorrhée, de petits foyers de prolifération épithéliale morphologiquement identiques à ceux d'un néoplasme et qui pourraient être parfois le point de départ d'une généralisation carcinomateuse.

Les irritations et les ulcérations de la muqueuse buccale par une dent fracturée ou cariée sont fréquentes ; le diagnostic entre ces ulcérations et l'épithéliome n'est pas toujours facile, de plus nous savons que ces ulcérations préparent le lit du cancer.

Il en est de même de toutes les irritations produites par un appareil de prothèse trop ancien, et qui, par suite de la résorption des procès alvéolaires, ne remplit plus son rôle physiologique, traumatise la muqueuse et produit ces proliférations bien connues des cliniciens, proliférations qui, comme nous l'avons démontré et comme on le verra plus loin, constituent de véritables états précancéreux.

Je n'insisterai pas sur la leucoplasie buccale, dont les plaques, évoluant sur un terrain syphilitique, dégénèrent si facilement en cancer. Cette notion est connue depuis trop longtemps pour qu'il soit utile d'y insister aujourd'hui. Il en est de même des épulis.

La plupart des épulis fibreuses peuvent, à la suite d'irritations prolongées, ou bien à la suite d'une ablation incomplète, augmenter brusquement de volume et prendre rapidement une allure maligne. Nous en donnerons plus loin un exemple qui nous a paru assez typique.

Enfin, toutes les causes d'irritation des tissus dentaires ou péridentaires, toutes les infections consécutives à la nécrose pulpaire peuvent provoquer la prolifération des tissus conjonctifs ou des débris épithéliaux paradentaires et donner naissance à des granulomes ou à des kystes susceptibles de se transformer en tumeurs épithéliomateuses. Un certain nombre de tumeurs cancéreuses, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, ne présentent pas d'autre cause et d'autre évolution. A ce point de vue, la radiographie, nous permettant de faire un diagnostic rapide des lésions de l'apex, con-

tribuera à diminuer singulièrement le nombre des cancers dento-maxillaires.

Voici quelques-unes de nos observations qui nous ont paru les plus intéressantes.

Observation I (*résumée*)

Mlle L..., 10 ans, pas d'antécédents héréditaires ou personnels importants à signaler. La dentition a évolué normalement à tous points de vue. Cette malade nous est adressée par son dentiste habituel. Elle présentait, il y a six mois, une tuméfaction au niveau de la région maxillaire inférieure gauche et on fit l'extraction de la deuxième molaire I. G. La tuméfaction ne disparut pas entièrement et il y a un mois que le gonflement se mit à augmenter de volume.



Fig. 1.
A. Muqueuse. — B. Tissu fibreux. — C. Nodule inflammatoire.

A l'examen, on constate un gros épaississement du maxillaire inférieur, dans le sens transversal de la région des molaires. La table externe est très amincie et donne, en certains points, une crépitation parcheminée. Il s'agit donc d'un kyste, et la radiographie, confirmant ce

diagnostic, montre que la tumeur est indépendante de la dent de sagesse, mais s'est développée en avant jusque vers la deuxième prémolaire, les dimensions et la forme de la tumeur étant vraisemblablement celles d'une grosse noix.

Anesthésie régionale : extirpation du sac kystique et extraction de la première molaire I. G. dont les racines plongeaient dans la cavité et qui était assez branlante. Suites normales.

La paroi de ce kyste paraissant plus épaisse qu'elle ne l'est habituellement et présentant en son intérieur des masses bourgeonnantes en chou-fleur, nous demandâmes un examen anatomo-pathologique (fig. 1).



Fig. 2.

A. Chorion muqueux. — B. Epithélium de revêtement. — C. Glandes. — D. Tissu fibreux. — E. Travée d'infiltration inflammatoire.

1° Sur toutes les préparations, on voit dans sa totalité l'épaisseur de la paroi du kyste, paroi manifestement épaissie. Le bord externe offre des contours réguliers alors que le bord interne apparaît comme irrégulier et déchiqueté.

2° Ce qui frappe d'abord à l'examen des coupes, c'est l'abondance du tissu fibreux. On voit en effet que les trois quarts externes de la paroi

sont représentés par un très grand nombre de fibres conjonctives parallèles au bord externe densifié.

A ce niveau, on voit de loin en loin quelques rares vaisseaux qui ne paraissent pas altérés. Autour d'eux, et se glissant entre les fibres conjonctives voisines, on observe quelques cellules rondes inflammatoires.

3° Le bord interne de la préparation, qui correspond à la paroi interne de la cavité kystique, est représenté par une nappe de cellules conjonctives appartenant sans doute à la sous-muqueuse. Ces cellules choriales forment une nappe continue qui envoie de nouveaux prolongements vers la profondeur, à l'intérieur de la nappe fibreuse précédemment décrite.

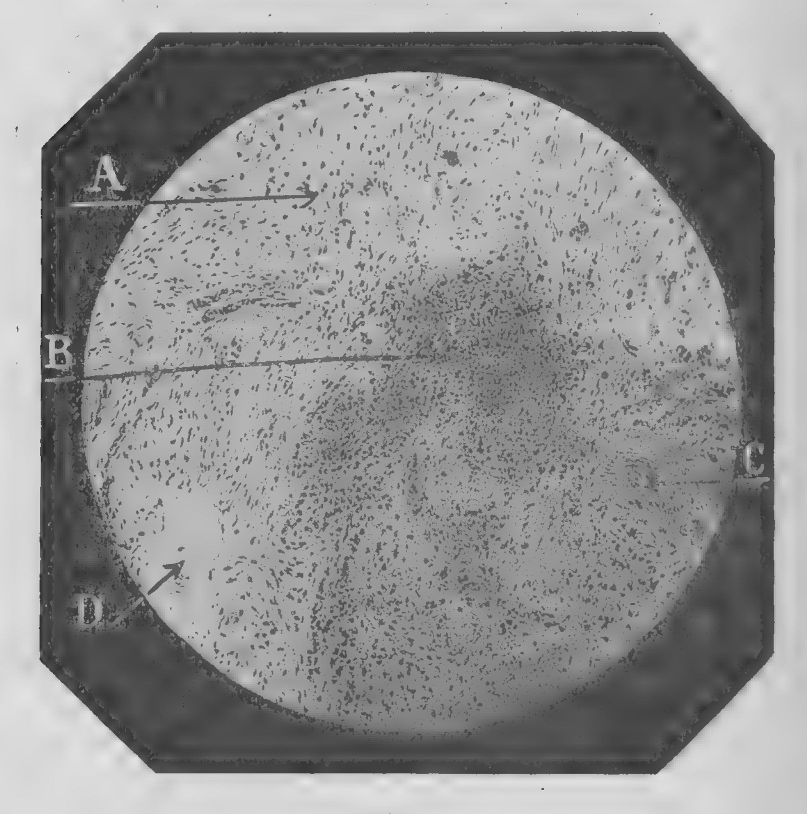


Fig. 3.
A. Tissu fibreux. — B. Nodule inflammatoire. — C. Vaisseau. — D. Glande.

Entre ces deux zones existe toujours une limite bien nette. Au niveau de ces digitations irrégulières, comme au niveau de la couche continue de surface, les cellules volumineuses et très denses donnent à la préparation un aspect pseudo sarcomateux.

4° La face interne apparaît comme très accidentée. Quelques groupes cellulaires sont mal colorés, traduisant sans doute des îlots de nécrose. On ne voit pas de cellules épithéliales.

En résumé. — Epaississement fibreux considérable de la paroi d'un kyste. Nécrose et disparition complète de la muqueuse de revêtement interne. Signes discrets d'inflammation. Aucun signe précis de dégénérescence maligne, mais en certains points aspect pseudo-sarcomateux.

Observation II *(résumée)*

Mme R..., âgée de 70 ans, est venue nous trouver pour une tumeur située en dedans de la lèvre supérieure. Elle porte le même appareil de prothèse depuis 14 ans. Par suite de la résorption des procès alvéolaires ce dentier était devenu très défectueux, s'était enfoncé dans le repli vestibulaire et avait provoqué de chaque côté de la ligne médiane sur la

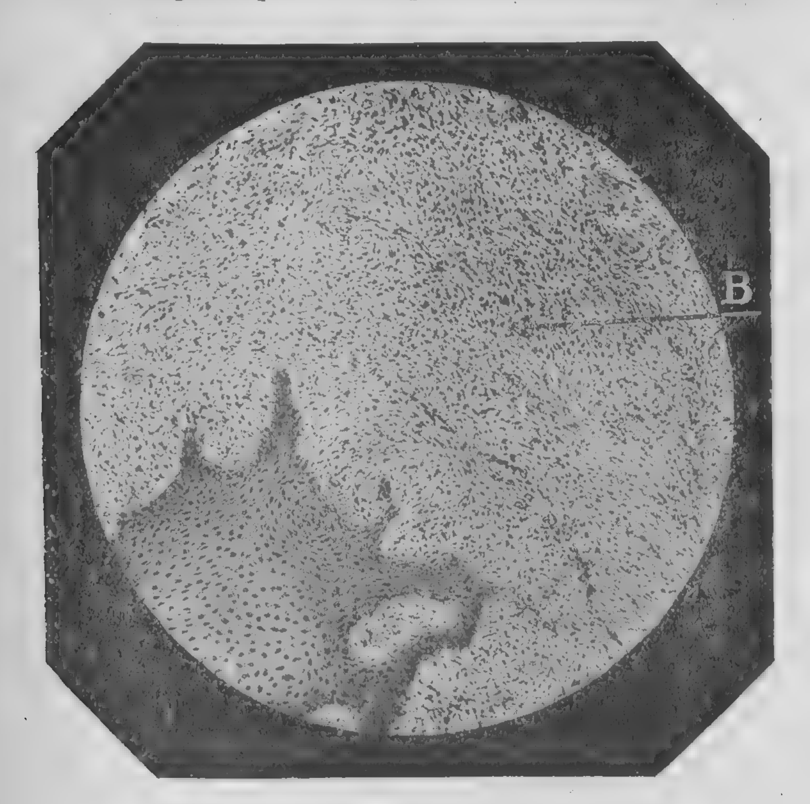


Fig. 4.
A. Muqueuse. — B. Zone de myéloplaxes.

face interne de la lèvre supérieure une véritable tumeur mesurant trois centimètres dans le sens transversal et plus d'un centimètre dans le sens vertical.

L'examen histologique de la tumeur montre que toute la surface de la lésion est limitée par un épithélium malpighien épaissi. Ce revêtement se continue en variant d'épaisseur sur toute l'étendue de la coupe. Cet épithélium paraît généralement hyperplasié, présentant par place, en

surface, des zones de desquamation. Vers la profondeur, on voit une infiltration de nombreuses cellules rondes inflammatoires. Celles-ci se disposent en travées perpendiculaires à la surface. On y remarque de nombreux lymphocytes et quelques plasmocytes.

Indépendamment de ces zones inflammatoires et profondément, autour des capillaires intradermiques, on trouve de nouveaux amas de cellules inflammatoires (fig. 2).

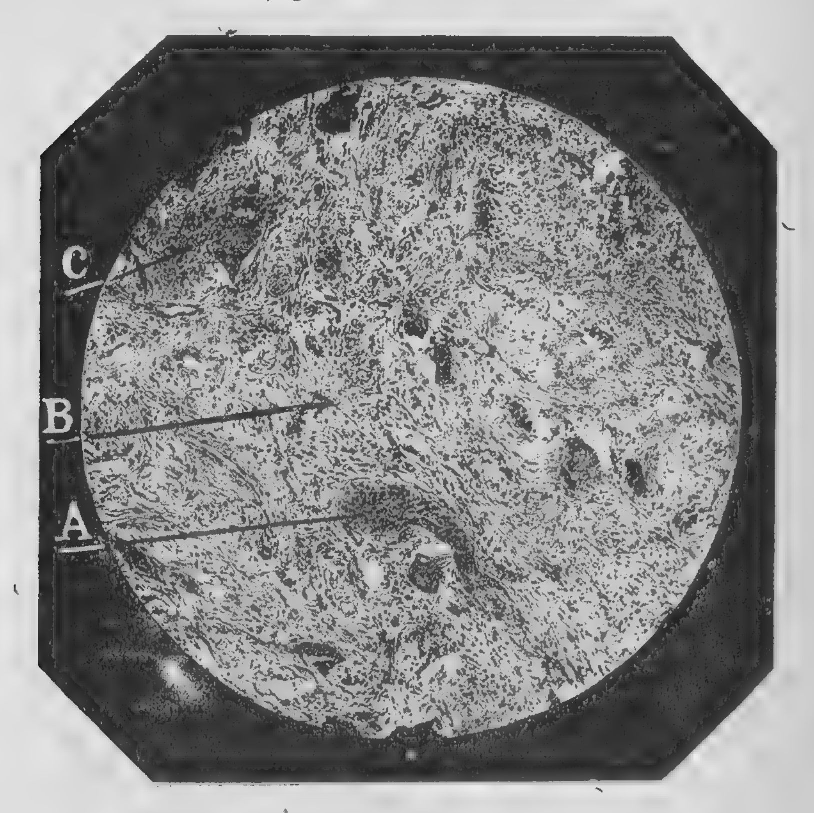


Fig. 5.
A. Noyau de cellules suspectes. — B. Tissu conjonctif. — C. Amas de cellules inflammatoires.

Au premier examen de la préparation, on a l'impression qu'il s'agit peut-être d'un épithélioma. Mais un examen attentif montre qu'en aucun point n'existent d'éléments cancéreux typiques.

Il s'agit simplement d'une énorme hyperplasie des éléments de la couche épidermique, accompagnée d'une réaction inflammatoire intense dans les éléments du derme. L'ensemble ressemble assez exactement aux lésions observées à la coupe des plaques de leucoplasie.

Observation III *(résumée)*

Mme G..., 45 ans. Rien à relever de particulier dans ses antécédents.

Vient nous consulter le 15 mars 1928 pour une tumeur siégeant au niveau des prémolaires supérieures droites.

Cette tumeur a débuté il y a trois mois. A cette époque, la malade constata une petite tumeur, de la grosseur de la tête d'une épingle en verre, située entre la deuxième et la troisième molaires droites et qui saignait facilement. Petit à petit la tumeur a augmenté de volume et, à l'heure actuelle, elle présente l'aspect et les dimensions d'une grosse framboise. C'est une tumeur pédiculée, implantée dans l'interstice dentaire qui sépare les deux dents. La muqueuse n'est pas ulcérée et présente l'aspect et la coloration de la muqueuse normale.

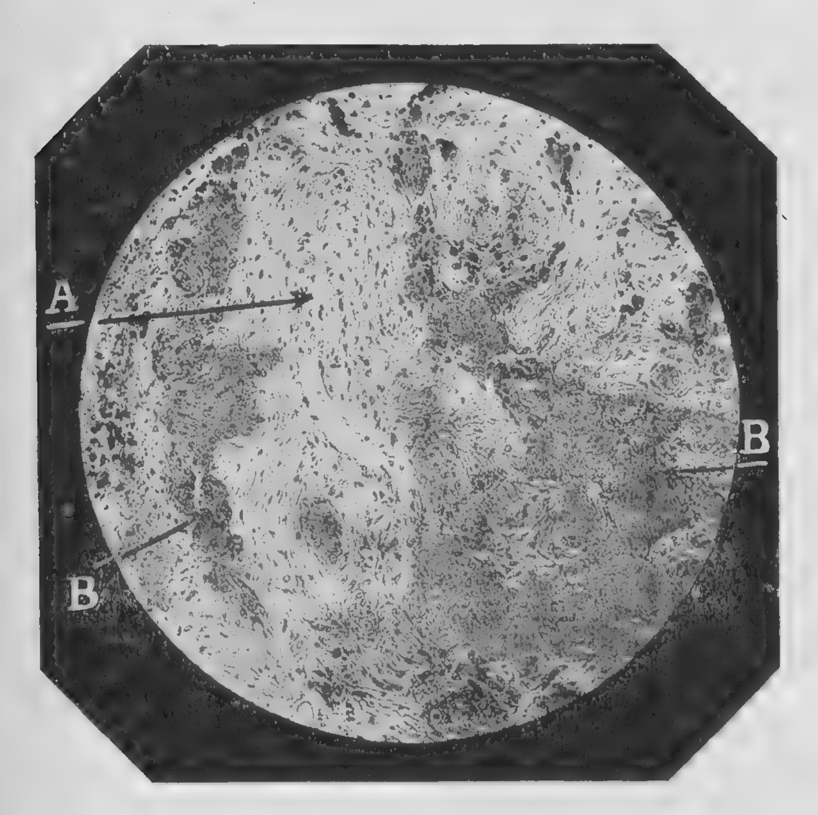


Fig. 6.
A. Tissu conjonctif. — B. Amas de celulles néoplasiques.

Intervention sous anesthésie locale. Extraction de deux prémolaires. Résection cunéiforme de l'os jusqu'à trois ou quatre millimètres au-dessous de l'implantation de la tumeur. Suites normales (fig. 3).

L'examen microscopique nous donne les renseignements suivants :

L'aspect général fourni par les préparations est celui d'une tumeur conjonctive bénigne. On est frappé par les signes caractéristiques d'inflammation chronique : dans la totalité du stroma, on note en effet une

dilatation importante des vaisseaux qui sont entourés par une couronne de cellules inflammatoires, dans l'espèce des plasmocytes.

La muqueuse est normale, sauf en un point. A cet endroit, on note une disparition de la couche génératrice. Au niveau de cette brèche, les *cellules épithéliales font irruption vers la profondeur où elles s'étalent en une masse aux contours irréguliers.*

Ces cellules épithéliales ne présentent en aucun point le type de cellules cancéreuses. On n'observe pas de mitoses.

En résumé : tumeur fibreuse, siège d'une inflammation chronique caractéristique. Les modifications architecturales découvertes en un point de la muqueuse (et bien qu'en ce point, on ne voit aucun élément néoplasique) font exprimer quelques réserves au sujet de la complète bénignité de cette tumeur.

OBSERVATION IV *(résumée)*

Mme D..., 44 ans, mariée, n'a jamais eu de fausse couche, une fille vivante et bien portante, âgée de 18 ans. Cette malade a toujours eu des dents cariées. Hygiène buccale défectueuse. Nombreuses dents absentes ou réduites à l'état de racines. Les molaires supérieures gauches, en particulier, ont été enlevées il y a 14 ans. Il y a trois mois, apparition dans la région de la deuxième molaire supérieure gauche d'une petite tumeur du volume de la tête d'une épingle en verre qui fut enlevée il y a trois mois par un praticien au galvano-cautère. La tumeur récidive rapidement et depuis n'a cessé de s'accroître. Elle présente aujourd'hui la forme et la dimension d'une grosse amande avec sa coque. Intervention sous anesthésie locale, extirpation très large de la tumeur et curettage des procès alvéolaires qui étaient ramollis en certains points. On met à nu la muqueuse du sinus qui paraît normale (fig. 4).

Examen histologique. — En bordure des préparations, on voit une muqueuse continue, à la surface de laquelle ne se remarque aucune ulcération.

Epithélium régulier de revêtement. Le chorion sous-jacent est parfaitement normal et, dans tous les points, séparé par une limitante bien nette du centre de la tumeur.

Le centre de la préparation est formé dans son ensemble par du tissu conjonctif. On y remarque une vascularisation très considérable. Les vaisseaux sont dilatés mais non confus. Leurs parois sont normales.

En regardant cette partie de la préparation, on voit à ce niveau un réseau de cellules anastomosées qui forment un syncitium multinucléé.

Les nombreux noyaux répandus dans ce syncitium ne sont pas séparés les uns des autres par une limite cellulaire quelconque. Ces noyaux volumineux présentent des caractères histologiques normaux. Ces for-

mations représentent des myéloplaxes, ce qui explique les formations osseuses observées au niveau de la pièce.

Observation V *(résumée)*

M. B..., 53 ans, marié, deux enfants, antécédents nuls.

En novembre 1927, avulsion d'une molaire supérieure gauche. Quinze jours après, il a une sensation de grosseur au niveau de sa dent arrachée et éprouve une certaine gêne à la mastication.

Après plusieurs mois de soins consistant en cautérisations électriques de cette masse bourgeonnante et devant l'échec des traitements employés, il nous est envoyé à Lyon.

A l'examen : masse bourgeonnante du volume d'une amande dans la région des premières molaires et ensuite, tendance à envahir la voûte palatine. On pense immédiatement à une tumeur cancéreuse et l'on fait une biopsie (fig. 5).

La réponse du laboratoire est la suivante : il s'agit d'une tumeur du tissu conjonctif. Entre les fibres conjonctives très denses, qui constituent le fond des préparations, on observe de très nombreuses cellules inflammatoires. En différents endroits, ces cellules confluent pour constituer des nodules généralement centrés par un capillaire. Ce qui frappe, c'est que, en plus de ces signes d'inflammation chronique, on voit en pleine zone conjonctive quelques rares bourgeons épithéliaux. Les cellules qui les constituent ne présentent pas de caractère net de cellules cancéreuses et l'on peut interpréter cet amas comme étant uniquement les extrémités les plus internes de culs-de-sac glandulaires.

En résumé, il est impossible d'affirmer la nature cancéreuse de la tumeur, bien que celle-ci paraisse très suspecte.

On fait l'ablation de la tumeur qui se prolonge dans le centre du sinus. On curette soigneusement celui-ci et on applique du radium, l'aspect clinique faisant penser à du cancer.

A la suite de cette intervention, on fait un second examen anatomo-pathologique des tissus enlevés. La réponse du laboratoire est la suivante : noevo-carcinome typique (fig. 6).

En résumé, tumeur ayant évolué pendant plusieurs mois comme une tumeur bénigne ; apparaissant après une première biopsie comme une tumeur purement inflammatoire et ensuite montrant tous les caractères d'un cancer de forme particulièrement maligne.

***

Il résulte de ces recherches histologiques que les états *précancéreux peuvent être caractérisés par une certaine disposition architecturale des cellules inflammatoires, conjonctives ou épithéliales, cette dispo-*

sition pouvant déjà en imposer à première vue pour une tumeur maligne. Si l'on pouvait dans des cas semblables affirmer que les cellules ainsi disposées anormalement sont des cellules cancérisables et si, à plus forte raison, il s'en trouvait parmi elles de forme atypique, on serait alors, sans discussion possible, au seuil du cancer. Nous savions que la pyorrhée par les proliférations épithéliales de ses culs-de-sac pouvait être une cause de cancer sur un terrain favorable : M. Hulin, dans un travail récent, fait remarquer que les « modifications profondes de l'épithélium au niveau des papilles « épidermiques hypertrophiées constituent une figure spéciale, dé- « nommée « acanthose », figure que l'on observe fréquemment au niveau des lésions pyorrhéiques. Normalement les papilles épidermiques s'imbriquent dans les papilles dermiques selon un rythme harmonieux ; dans l'acanthose, au contraire, les papilles épidermiques poussent des pointes aiguës dans le derme, et les figures ainsi obtenues ressemblent aux découpures aiguës de la feuille d'acanthe. Ces lésions sont la règle également dans les états précancéreux et cancéreux, dans lesquels elles annoncent l'essaimage des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif sous-jacent.

D'après ce que nous venons de voir, il se produit, avant l'apparition du cancer, une modification du terrain, une modification profonde dans l'architecture des tissus. Le terrain se prépare, de même que le laboureur retourne la terre avant les semailles. Le terrain est alors tout prêt à recevoir la cellule cancéreuse et à lui permettre de vivre et de se développer.

En somme, d'après nos observations, si nous n'avons pas pu surprendre la transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse, ce qui nous paraît impossible pratiquement, il n'en est pas moins vrai que l'on peut trouver, sur les préparations faites au cours de l'évolution d'une tumeur bénigne ou d'un état inflammatoire quelconque, une disposition cellulaire de l'état précancéreux et ultérieurement les caractères non douteux d'une tumeur maligne.

Cette étude anatomo-pathologique des états précancéreux est donc très instructive ; elle doit être poursuivie concurremment avec les recherches physico-chimiques qui sont venues, dans ces dernières années, augmenter l'étendue de nos connaissances sur cette question.

Les travaux de Charrin, de Brault, d'Albert Robin ont montré depuis longtemps que les tumeurs et les tissus qui les entourent

contiennent une quantité exagérée de glucose. La clinique nous prouve qu'un grand nombre de cancéreux sont des diabétiques ou des arthritiques et Guelpa affirme, à la suite de nombreuses observations, que l'excès de sucre dans l'alimentation prédispose à l'apparition du cancer.

De son côté, Roffo a publié ses recherches sur l'hypercholestérinémie précancéreuse. Tandis que dans le sérum normal, le rapport cholestérine est généralement inférieur à un gramme, ce chiffre est dépassé dans le cas de tumeur maligne. On obtient parfois une proportion de 2,50 et, dans certaines légions hyperkératosiques qu'on considère comme processus précancéreux, la cholestérinémie a atteint 2,58.

Cette quantité exagérée, soit de glucose, soit de cholestérine serait, d'après Warburg, due à une altération du métabolisme cellulaire.

Dans toute cellule normale, d'après cet auteur, la teneur en hydrate de carbone, et particulièrement en glucose, est modifiée par deux phénomènes : la glycolyse et la respiration. Ces réactions sont particulièrement intenses chez l'embryon normal ou dans les néoplasmes, c'est-à-dire dans tous les tissus en croissance vive. Mais, dans les états précancéreux, et à plus forte raison dans le cancer, la respiration cellulaire est troublée, d'où une altération du synchronisme normal entre l'élaboration et la destruction du glucose. Il en résulte que les cellules capables de glycolyse continuent à vivre et à se développer aux dépens des cellules voisines qui disparaissent.

Enfin, vous connaissez au point de vue physico-chimique la suggestive théorie de M. Auguste Lumière ou théorie de la floculation.

Dans une précédente communication, j'avais fait allusion aux travaux de ce savant lyonnais : ils sont devenus classiques en quelque sorte et il me paraît inutile de vous en donner même un simple résumé.

Ce qu'il nous est possible d'affirmer, à la suite de tous ces travaux, c'est que le diabète et l'excès de cholestérine conditionnent, au même titre que la syphilis, les états précancéreux.

La thérapeutique du cancer est souvent une grande cause de déception pour les chirurgiens. La plupart du temps, en effet, le cancer est reconnu trop tard, et très souvent le malade refuse toute intervention. D'autre part notre ignorance, au point de vue étiologique, ne nous permet pas d'en empêcher et d'en arrêter le développement, soit par un traitement médical approprié, soit par une intervention chirurgicale.

C'est pourquoi, il ne faut pas craindre de le répéter, la connaissance et le traitement des états précancéreux reste à l'heure actuelle le seul traitement prophylactique du cancer.

Voici, en ce qui concerne notre travail, les conclusions que nous pourrons en retirer :

1° Toute tumeur bénigne ancienne qui tend à augmenter plus ou moins rapidement de volume doit être enlevée et examinée histologiquement ;

2° Les états précancéreux sont caractérisés anatomiquement, comme le démontrent nos préparations, par un trouble dans l'architecture normale des tissus. Souvent, ils ne sont différenciés des tumeurs malignes que par la seule absence des cellules cancéreuses, mais celles-ci pourront se développer parce que le terrain a subi une préparation une modification histologique particulière ;

3° Insister sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et, d'autre part, éviter et supprimer toute cause d'irritation ou d'ulcération des muqueuses chez tous les patients, mais plus particulièrement chez les sujets âgés de plus de 40 ans et surtout chez les spécifiques et les diabétiques.

En observant ces règles que *tout le monde connaît, mais que le plus grand nombre méconnaît*, le stomatologiste et le chirurgien-dentiste dépisteront de nombreux états précancéreux et, dans leur domaine, contribueront efficacement et pour une grande part à l'œuvre thérapeutique du cancer.

Discussion

M. Henri Villain (Président). — Vous venez d'entendre la très belle conférence du Dr Pont sur les états précancéreux bucco-dentaires. Je regrette qu'il ne se soit pas trouvé là mardi dernier, lors de la conférence du Prof. Sebileau.

Je lui demanderai son avis sur ce qu'a dit le Prof. Sebileau qui a prétendu que le cancer ne se développe presque toujours, 9 fois sur 10, que sur des états syphilitiques ou des hérédo-syphilitiques. Il a dit : le cancer des fumeurs, si souvent nommé, n'existe pas ; fumer n'a jamais donné un cancer. Il a dit encore : les appareils qui blessent la langue n'ont jamais produit de cancer ; les dents érodées, cariées, qui irritent la langue, n'ont jamais produit de cancer ; toutes ces causes ne furent jamais que des causes irritantes, mais n'ont jamais produit le cancer. Pour lui, ne peut avoir de cancer de la bouche qui veut ; peut avoir le cancer de la bouche uniquement le syphilitique ou l'hérédo-syphilitique.

M. le Dr Roy. — La question soulevée par la communication du

Prof. Sebileau à laquelle j'ai eu le regret de ne pouvoir assister — mais dont M. Henri Villain vient de donner la substance — et que M. Pont vient également d'étudier est très importante. En effet, la question du cancer, bien que le traitement ne soit pas habituellement du ressort du chirurgien-dentiste, présente pour celui-ci et pour ses malades un intérêt de premier ordre, car le dentiste peut beaucoup pour la prophylaxie et pour le diagnostic précoce du cancer de la bouche, et M. Pont a tout à fait raison d'attirer notre attention sur les états précancéreux.

M. Sebileau a insisté avec juste raison sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie du cancer de la langue, cela est exact dans la généralité des cas, cette affection étant précédée de leucoplasie qui reconnaît comme cause la syphilis très fréquemment et une irritation locale, le plus souvent le tabac ; néanmoins ces causes ne sont pas absolues. J'ai cité, il y a fort longtemps, une observation très intéressante où j'ai pu montrer, sans que le tabac intervienne en aucune manière, que la leucoplasie peut se développer chez un individu ne fumant pas, mais soumettant muqueuse buccale à une température extrêmement élevée.

Je vais vous rappeler rapidement l'observation.

Il s'agissait d'une malade qui se présentait à moi pour des soins dentaires, et je remarquai qu'elle avait une leucoplasie totale de la muqueuse buccale. C'est une femme qui pouvait avoir, à cette époque, 45 ans environ. Je lui dis : Madame, est-ce que vous fumez ? C'était à une époque, il y a déjà pas mal d'années, où les dames ne fumaient pas comme aujourd'hui. Je crois qu'à cet égard-là si le cancer des fumeurs — notez bien, c'est une incidente — le cancer de la langue était surtout l'apanage des hommes, je crois qu'il est susceptible aujourd'hui de devenir également l'apanage des femmes. Toutefois j'espère pour elles, justement en raison de ce qu'a dit le Prof. Sebileau et de ce que je pense aussi à l'égard du cancer de la langue, qu'elles seront moins fréquemment atteintes par la syphilis que ne le sont les hommes, mais, comme elles fument, elles sont susceptibles d'avoir le cancer de la langue.

Je demande donc à cette dame si elle fumait et elle me répond négativement. Je lui dis alors : Madame, une chose m'intrigue ; vous avez sur la surface de votre muqueuse buccale une petite carapace blanchâtre que je suis surpris de voir, car je ne l'ai jamais vue que chez les fumeurs. Elle réfléchit, et me dit : « Ça doit être le maté. » Cela ne me disait rien ; mais cette dame, qui était argentine, ajouta : le maté, c'est le thé du Paraguay ; ce sont des feuilles de maté que l'on boit sous forme d'infusion dans l'Amérique du Sud, or j'ai l'habitude de prendre le maté à la méthode indienne qui consiste en ceci : on prend une courge vide ; on met les feuilles de maté dedans et sur celles-ci on verse de l'eau bouillante, et avec un chalumeau on boit le maté. » Cette personne, par entraînement, prenait ce maté à une température extrêmement éle-

vée ; c'est ainsi qu'elle avait produit une leucoplasie de toute sa muqueuse buccale.

Ceci pour vous montrer que ce n'est pas le tabac lui-même (les chiqueurs n'ont pas de leucoplasie s'ils ne fument pas) mais que c'est la chaleur développée par le tabac. Je suis convaincu que les fumeurs de narguilé n'ont pas de leucoplasie parce qu'ils n'ont pas, dans le narguilé, où la fumée passe à travers de l'eau, une température qui peut provoquer l'irritation que produit la fumée de tabac ordinaire.

Néanmoins, tout en admettant cette question importante de la chaleur, je crois aussi, au point de vue de la langue, comme M. Sebileau, que la syphilis joue un rôle sinon exclusif, du moins considérable et que tout syphilitique devrait s'abstenir de fumer, car il s'expose à faire de la leucoplasie et du cancer de la langue. Mais d'autre part, je crois qu'un syphilitique même ayant de la leucoplasie, s'il cesse de fumer et d'avoir des irritations locales, verra ses lésions s'arrêter si elles ne sont pas trop avancées à ce moment-là et aura les plus grandes chances de ne pas faire de cancer à condition qu'il supprime les irritations locales. Or, le dentiste peut jouer un rôle important, car c'est souvent lui seul qui peut déceler la leucoplasie buccale. Et vous ne devez pas voir un malade porteur d'une plaque de leucoplasie sans attirer son attention sur les conséquences possibles de ces lésions. Je n'hésite jamais à montrer à un malade toute la gravité de la chose et à lui dire en propres termes : Monsieur — ce sont généralement des hommes — je vous préviens que vous avez là tout ce qu'il faut pour constituer un cancer de la bouche et que, si vous continuez à fumer à aussi petite dose que vous voudrez, vous êtes un homme menacé de mort.

Et je crois que c'est un devoir pour le dentiste de dire ces choses-là ; en le faisant on peut rendre un service considérable et sauver la vie de gens qui, autrement, marcheraient d'une façon certaine vers le cancer de la bouche.

Dans cette question du cancer, on doit savoir aussi qu'il ne faut pas laisser dans la bouche des corps irritants, que ces corps soient : une dent cariée, une dent placée en dehors de l'arcade chez un leucoplasique. On doit savoir également qu'on ne doit pas laisser les gens avec des appareils qui les blessent et souvent avec de mauvais appareils qui ne tiennent plus que par la force de l'habitude, qui s'incrustent dans les gencives.

J'ai eu dans mon service, l'année dernière, l'occasion d'observer une femme qui avait un épithélioma du maxillaire inférieur provoqué par un bord coupant d'appareil qu'elle s'était entêtée à porter alors qu'une, puis deux, puis trois dents avaient disparu ; cet appareil tenait par la force de l'habitude ; c'était un appareil inférieur qui avait déterminé un épithélioma du maxillaire inférieur en rapport exactement avec le

bord de l'appareil. Ce sont des choses qu'il est bon que les dentistes sachent de façon à faire de la prophylaxie du cancer de la bouche.

Il faut savoir aussi autre chose, et dans ces cas-là la syphilis ne semble pas jouer un rôle, c'est que certaines tumeurs habituellement bénignes des mâchoires peuvent devenir des tumeurs malignes ; c'est un cas exceptionnel ; néanmoins cela existe et il faut le savoir ; j'en ai eu un très petit nombre de cas, trois à ma connaissance, dans le nombre considérable de kystes des mâchoires que j'ai eu l'occasion d'observer. Or ces kystes des mâchoires, M. Pont vient de le dire, sont des tumeurs bénignes habituellement, qui sont des tumeurs épithéliales puisqu'elles sont développées, comme vous le savez, aux dépens des débris épithéliaux paradentaires. Tout en étant des tumeurs épithéliales, ce sont des tumeurs bénignes, puisqu'elles ne se généralisent pas et ne récidivent pas après leur ablation si elle est complète : ce sont les caractères d'une tumeur bénigne ; mais il ne faut pas oublier leur caractère épithélial, car il peut se traduire par une transformation maligne qui est rare, mais je l'ai observée, je le répète, trois fois.

J'ai eu notamment deux cas que j'ai pu suivre d'une manière particulière. Il s'agissait dans le premier d'un homme de 30 ans environ qui avait un kyste au maxillaire supérieur très nettement délimité, dont j'ai pratiqué l'énucléation. J'ai rarement vu un kyste s'énucléer aussi rapidement dans sa totalité ; je l'ai enlevé d'une façon extrêmement facile comme une bille, car son contenu était demi-solide. Les suites opératoires se poursuivaient dans d'excellentes conditions, le kyste paraissait même presque complètement cicatrisé, quand le malade fut obligé de partir, pris par la mobilisation, la chose se passait en 1914, au moment de la déclaration de guerre. Je l'ai revu 4 mois après : je me suis aperçu à ce moment-là d'une prolifération d'une nature un peu particulière que j'avais eu l'occasion d'observer chez d'autres malades, prolifération que je connaissais comme épithéliomateuse sous une forme très curieuse que je signale : la cavité résultant de l'ablation du kyste était remplie d'une matière caséeuse absolument blanche, comme le serait du fromage blanc un peu consistant ; or, cet exsudat blanc de couleur un petit peu nacrée, que l'on peut enlever en partie avec un tampon, ce sont des cellules épithéliales qui prolifèrent, c'est une sorte d'épithélioma adamantin, qui est un épithélioma à marche lente ; j'en ai vu un cas que je n'ai pas pu observer au début, mais dans lequel cette forme d'épithélioma a été envahissante et a fini par la perte d'une portion considérable du maxillaire, malgré toutes les interventions pour arrêter le processus.

Voilà donc un cas de kyste d'apparence extrêmement bénigne qui s'est transformé en épithélioma.

Tout récemment, en décembre, j'ai opéré un kyste suppuré de la mâ-

choire supérieure au niveau d'une canine. Il s'agissait d'un malade ayant une hygiène buccale tout à fait déplorable, bouche très négligée, un malade très timoré, j'insiste sur ce point, qui avait toujours refusé de se faire soigner d'une façon suivie et qui avait au niveau d'une canine supérieure des abcès à répétition. Il allait trouver un dentiste quand cela grossissait un peu ; le dentiste lui perçait cela ; aussitôt il se trouvait débarrassé, puis il se refusait à toute intervention radicale que le dentiste lui avait bien signalée, mais, sans doute, pas avec toute l'énergie qui eût été nécessaire en la circonstance.

J'examinai ce malade qui était venu me voir sur l'insistance de sa famille, à la suite d'une poussée un peu plus violente, et je constatai qu'il s'agissait d'un kyste très volumineux de la canine supérieure droite. Je lui dis qu'il fallait en faire l'ablation et j'ai opéré ce kyste qui était considérable ; je remarquai au cours de l'opération que les parois kystiques étaient un peu modifiées dans leur texture par la suppuration, elles étaient, un peu épaissies. La cicatrisation s'est poursuivie dans des conditions d'abord normales, quand, six semaines après, alors que la cicatrisation allait être complètement terminée, j'ai vu apparaître un petit bourgeonnement un peu suspect. J'ai nettoyé la cavité : et j'ai pensé tout d'abord que ce bourgeonnement était dû à une négligence du malade, qui n'était peut-être pas soigneux dans les lavages que je lui avais prescrits ; je l'ai revu plus fréquemment pour m'assurer que les lavages étaient faits d'une façon régulière, et huit jours après j'ai pu m'assurer que, en réalité, ce bourgeonnement n'était pas dû à l'insuffisance de lavage, mais à une prolifération de nature épithéliale, ainsi qu'une biopsie m'a permis de m'en assurer.

Actuellement, ce malade vient d'être soumis à une intervention de radium de façon à arrêter si possible le développement de cet épithélioma.

Ces deux exemples montrent l'importance de ne pas laisser dans la bouche d'un malade une tumeur épithéliale, même habituellement bénigne comme un kyste, car même les tumeurs de cette nature peuvent, dans certaines conditions que nous ne connaissons pas très bien, mais qui constituent ce que M. Pont vient de vous dire au sujet des états précancéreux, peuvent, dis-je, se transformer en une tumeur maligne particulièrement grave.

Il est donc intéressant que l'on insiste sur ces questions du cancer et de son diagnostic précoce, car, vous le voyez, le dentiste peut rendre au point de vue prophylactique des services considérables dans cette affection si redoutable.

Un membre. — A toutes les causes du cancer que l'on vient de donner, on accuse bien l'irritation produite par la chaleur, produite par les petites plaies, etc.; mais il y a une autre cause déterminante qui vient d'être

trouvée, c'est le goudron qui serait contenu dans la cigarette, dans le tabac. Ceci est nouveau.

M. le Dr Delplace. — Je voudrais vous développer une théorie du développement cancéreux.

Le cancer est, après ce qu'on vient de nous dire, sous l'influence d'un terrain particulier dont le Prof. Sebileau déclare qu'il doit être syphilitique ou hérédo-syphilitique ; d'autre part, on nous dit qu'il doit y avoir des déterminations spéciales d'irritation. Eh bien, il y a une théorie qui me semble concilier à peu près toutes les autres théories, qui m'a été un peu suggérée par mes études particulières au point de vue dentiste, c'est celle-ci : c'est que lorsque j'ai étudié la théorie de Malassez sur le développement des kystes paradentaires, je me suis dit : pourquoi certaines cellules adhérentes qui sont restées inactives, qui sont des cellules jeunes, qui avaient pour mission de devenir quelque chose, sont-elles restées en réserve pendant un certain temps et pourquoi, sous l'influence d'une irritation quelconque d'origine physique, chimique, biologique, peu importe, se mettent-elles à proliférer et à former un kyste paradentaire ? N'en serait-il pas de même pour le développement des cellules cancéreuses ? Pourquoi les cellules, en particulier celles de la langue et de la muqueuse gingivale qui renferment très probablement des cellules épithéliales qui sont de réserve, qui ne jouent pas leur rôle épithélial, qui sont là pour remplacer les déficientes, ne pourraient-elles pas, à un moment donné, sous l'influence d'une irritation quelconque, physique, chimique, biologique, prendre une tournure métabolique et donner lieu au traitement cancéreux ?

Evidemment l'irritation ne suffit pas ; il faut le terrain. Ce terrain est-il toujours de nature syphilitique ? Comme le Dr Roy, je crois qu'il y a là une exagération. La théorie présente d'un français, le Dr Delvair, dit que le terrain cancéreux est surtout dû à un manque de chlorure de magnésium ou à un défaut au point de vue métabolique du chlorure de magnésium et qui serait un terrain prédisposé pour le cancer, et des circonstances prédisposantes étant le manque de chlorure de magnésium détermineraient un développement d'origine cancéreuse.

Je pense qu'il y a là une question absolument à approfondir : nous ne savons pas encore si le cancer est contagieux ou non, car le corps médical est divisé en deux groupes : celui des contagieux, celui des non contagieux. Est-il d'origine microbienne ou non ? Il peut être l'un ou l'autre suivant le terrain. La détermination physique, chimique ou biologique peut développer une tumeur d'origine cancéreuse. C'est la théorie de Malassez qui m'a conduit à cette conception un peu spéciale et qui doit être étudiée et approfondie dans ce sens.

Une auditrice. — M. le Prof. Grandclaude nous a fait remarquer tout récemment, d'accord avec ce qu'a dit le Dr Roy, que sur les hauts pla-

teaux du Thibet les hommes qui ont l'habitude de se placer sur le ventre des vases à haute température sont fréquemment sujets au cancer. Il semble que ce soit la chaleur seule qui joue un rôle déterminant.

M. le Dr Pont. — La question de la syphilis est évidemment très angoissante, mais tout le monde n'est pas d'accord sur ce point.

En ce qui concerne plus particulièrement le cancer de la langue, je dirai à M. H. Villain qu'évidemment je ne me permettrais pas de contredire M. Sebileau, d'autant plus que dans les cancers de la langue que j'ai pu observer j'ai toujours trouvé la syphilis dans les antécédents. Est-ce que la syphilis a une prédilection spéciale pour la langue ? C'est possible, d'autant plus que la leucoplasie se localise beaucoup sur la langue et prépare ainsi le terrain sur celle-ci.

Tout de même, je ne crois pas qu'il faille admettre que tous les cancers soient d'origine syphilitique.

En effet si nous considérons le cancer d'un point de vue général, nous pouvons nous appuyer sur une statistique du Prof. Roussy, qui, je crois, a été reproduite dans un journal dentaire. Dans cette statistique, il est prouvé que le pourcentage des cancéreux syphilitiques, n'est guère plus élevé que le pourcentage général des syphilitiques, la syphilis n'est donc pas la cause exclusive du cancer et il y a d'autres causes qui préparent le terrain. Je vous en avais indiqué un certain nombre.

Il est certain que ces questions sont encore tout à fait dans l'enfance et ce n'est que par elles que nous arriverons à avoir des notions précises non seulement sur les états précancéreux, mais sur la thérapeutique du cancer.

Pour répondre à la question que m'a posée M. Villain, j'aurais écouté avec beaucoup d'attention et respect M. le Prof. Sebileau ; il est certain que son opinion est vraie : la syphilis prépare à elle seule la majorité des cancers de la langue.

En ce qui concerne le cancer des fumeurs, sur lequel M. Roy a dit quelques mots, je crois que le tabac n'agit pas par la nicotine et qu'il faut faire intervenir la chaleur puisqu'on l'a observé surtout chez les gens qui fument le brûle-gueule ou la cigarette. Cette irritation chronique constitue un traumatisme permanent qui conditionne favorablement ces états précancéreux.

A ce point de vue-là, il y a un cancer qui est bien connu dans certaines régions de la France et qu'on appelle le cancer des chaufferettes. Les vieilles femmes ont l'habitude de se chauffer en mettant une chaufferette entre les jambes ; elles gardent ces chaufferettes toute la journée et arrivent à avoir des véritables brûlures chroniques. C'est sur ces brûlures que se développe le cancer. D'ailleurs la plupart des cancers de la peau se développent sur des cicatrices et en particulier sur des cicatrices de brûlures.

Au point de vue contagion, je crois qu'à l'heure actuelle à peu près tout le monde est d'accord pour admettre que le cancer n'est pas contagieux et qu'il n'est pas d'origine microbienne.

Quoi qu'il en soit, je vous remercie, d'avoir bien voulu prendre la parole après moi : cela m'a prouvé que vous accordez à cette question des états pré-cancéreux toute l'importance qu'elle mérite et qu'elle présente tant au point de vue clinique qu'au point de vue social.

M. le Président. — Il me reste à remercier vivement notre confrère Pont.

Vous voyez quelle importance votre communication avait d'être faite ici ; les applaudissements viennent de vous le prouver. Nous en avons raison de vous demander de continuer vos travaux et de nous les apporter. Nous vous demandons à nouveau de les continuer et de revenir l'année prochaine.

Au nom de la Semaine Odontologique, je vous remercie.

QUINZE CAS DE PROTHÈSE CRANIENNE

MÉTHODE PERSONNELLE

Radiographie et présentation des opérés de guerre, 12, 13 *et* 14 *ans après.*

Par F. FABRET

Chirurgien-dentiste à Nice

(*Communication à la Semaine odontologique, avril 1929*).

La prothèse crânienne ayant été à peu près abandonnée pour céder le pas à la greffe osseuse ou cranioplastie par transplants cartilagineux, selon la méthode Morestin, je viens vous présenter ce petit travail, non pas avec la prétention de conquérir son exclusivité, mais pour la réhabiliter dans quelques-unes de ses applications.

Pendant la guerre, nombreuses ont été les adaptations de plaques prothétiques pour combler les brèches osseuses laissées béantes dans le crâne par les projectiles ou le trépan.

Nous avons tous assisté à des tentatives infructueuses de plaques en aluminium, en maillechort, en argent.

Quelquefois, hâtivement appliquées, elles ont été mal tolérées par les milieux osseux et tissus mous irrités par cette prothèse plus ou moins immobilisée. Il a été prouvé que l'immobilité est une condition essentielle de succès dans toute prothèse osseuse.

Les Drs Robineau et Moruzi, dans le *Journal de Chirurgie* de juin 1928, ont rappelé le résultat des travaux et recherches du Dr Contremoulins, attribuant les altérations osseuses, post-opératoires, au défaut de fixité de la prothèse. C'est cette fixité que je me suis efforcé d'obtenir.

Pendant la guerre, j'ai collaboré à la restauration crânienne de quinze trépanés avec les chirurgiens Trutie de Vaucresson, Grinda, Mariau, Bremond et Etienne.

Chaque fois, la prothèse crânienne empêchant la soudure par cicatrices vicieuses cutanéo-dure-mérienne a mis fin aux céphalées ou aux accidents d'épilepsie jacksonienne signalés.

Le médecin général Delorme, en tournée d'inspection, les examina et en fit un rapport. Dans une note adressée au Directeur du Service de Santé de la XVe région (le médecin inspecteur Landouzi), il exprimait toute sa satisfaction pour les résultats obtenus.

Voici quelle a été ma méthode :

J'ai commencé par rejeter tous alliages ou métaux susceptibles d'oxydation et, adoptant la technique suivie par M. Raynal, de Marseille, je n'ai employé que de l'or et même de l'or pur.

Pour donner à l'appareil la rigidité nécessaire, les plaques étaient renforcées par un squelette en or monnayé, mais entièrement recouvert d'or pur.

Je me suis surtout attaché à ajuster avec la plus grande minutie la plaque sur la brèche osseuse, creusant, au préalable, une gouttière tout autour de la brèche osseuse, au moyen d'une grosse fraise fixée autour.

L'incrustation était telle que la plaque était sertie comme un verre de montre dans son boîtier.

Pour augmenter encore la sécurité dans la fixation, j'ai muni la plaque de trois, et quelquefois de quatre attelles.

Leurs extrémités recourbées allaient s'accrocher dans de petites tranchées creusées dans la boîte crânienne. Ces extrémités recourbées y étaient elles-mêmes scellées au moyen de feuilles d'or à aurifier, foulées dans la cavité selon le procédé de l'or mou.

Ainsi ajustée, chaque plaque reconstituait bien la perte osseuse, sans dépasser la surface crânienne. La fixité était telle qu'elle résistait aux efforts du chirurgien invité à s'assurer de la solidité des moyens d'attache.

La plaque est percée de trous pour permettre à la circulation de s'exercer librement et de favoriser une cicatrisation limitée à de petits espaces très restreints afin d'éviter l'épaisseur anormale de cicatrices causant des compressions cervicales.

J'ai fait reproduire l'une d'elles par mon laboratoire, pour montrer le détail de sa construction et je vais la faire circuler parmi vous. La plaque est préparée d'après des mensurations et moulages pris sur le cuir chevelu rasé.

Après l'avoir palpée pour délimiter exactement les bords de la brèche osseuse, le repérage est fait grâce au crayon communicatif qui trace le contour de la brèche.

On prend ensuite l'empreinte.

Le stents est ici bien préférable au plâtre, car il permet de comprimer légèrement les tissus mous et d'obtenir ainsi une épreuve plus accentuée de la cavité osseuse.

La trace du crayon communicatif laisse une ligne circulaire humide et colorée sur l'empreinte.

Pour augmenter la sécurité dans la précision, un gabarit de plomb est découpé sur le sujet même. Il sert à découper la plaque en or. On moule ensuite le stents au plâtre.

Le moulage étant ainsi obtenu, le creux formé par la dépression osseuse est comblé avec de la cire. Dans cette cire, une gouttière en X est pratiquée. Cette gouttière, reproduite dans l'estampage de la plaque, recevra les attelles.

Ce dispositif est nécessaire pour éviter qu'en cas de choc, les attelles dessoudées ne forment un corps tranchant dangereux pour le voisinage du cerveau.

La plaque estampée affecte la forme d'un bouclier renforcé suffisamment puissant pour protéger le cerveau contre un traumatisme éventuel.

Nous verrons plus loin qu'un de nos opérés — que je vais du reste pouvoir vous présenter ici tout à l'heure — a subi à deux reprises un rude choc exactement au point trépané, sans autre conséquence qu'une ecchymose banale.

La plaque est en or laminé à 18 carats et son épaisseur est de 10 dixièmes.

Les attelles sont en or fin, en raison de leur rapport très intime avec l'os du crâne. Elles sont soudées en X sur la plaque. Ce sont elles, dont les extrémités recroquevillées en forme de griffes sont scellées au moyen de feuilles d'or adhésif formant aurification dans la petite cavité creusée à cet effet.

Enfin, la pièce est percée de petites ouvertures qui permettront les échanges physiologiques à travers la plaque. Elles doivent être distribuées de manière à ne pas compromettre la solidité de la plaque.

Ceci préparé, il ne reste plus qu'à se présenter à la salle d'opération avec tout un matériel parfaitement stérilisé pour mener à bien la mise en place de la plaque.

Je vais commencer par vous donner lecture d'un travail publié le 1er avril 1926, dans *Paris Médical*, par le Dr Mariau, chirurgien à Péronne avant la guerre, médecin-major de 1re classe AT, médecin-chef et chirurgien des Hôpitaux 51 et 155 *bis*, de Nice.

Les indications de la prothèse dans les pertes de substance de la voûte crânienne par blessures de guerre.

I

L'Etat s'est justement préoccupé de rendre, dans la plus large mesure possible, leur valeur sociale aux innombrables invalides de la guerre. De là, la part importante faite à la prothèse, ce complément ultime, ce couronnement de l'œuvre chirurgicale qui commence au poste de secours et se termine dans les hôpitaux de l'intérieur et dans les centres d'orthopédie. La prothèse atténue l'infirmité que la blessure, une fois guérie, laisse derrière elle comme résidu définitif : les membres déviés ou raccourcis sont corrigés par des tuteurs, des talons de liège, etc... l'amputé de jambe va marcher avec un pilon ; l'amputé du bras reçoit une main artificielle, ou un simple crochet qui lui rendra d'inappréciables services : les difformités de la face sont justiciables de merveilleux procédés de réparations par le métal, le caoutchouc, la paraffine.

Il ne semble pas jusqu'à présent que le crâne ait participé « officiellement » si l'on peut dire, au bienfait général de la prothèse. De tous côtés, sans doute, on publie des cas de restauration de la voûte crânienne par l'os, le cartilage, l'or ou l'aluminium. La méthode existait depuis plusieurs années [1] et la guerre n'a fait que nous donner de trop fréquentes occasions de la mettre en application. Mais, en effet, le plus grand nombre des trépanés sont réformés sans réparation prothétique de leur brèche osseuse. Or, les blessés du crâne sont légion, étaient légion du moins avant la bourguignotte.

Quel est l'état de ces blessés au moment de leur élimination des rangs de l'armée ? Tous ou presque tous (car les craniectomies temporaires avec réapplication du lambeau osseux ne sont presque jamais indiquées en chirurgie de guerre), tous ou presque tous présentent une perte de substance du crâne, une « fenêtre », plus ou moins large au niveau de laquelle le cerveau n'est séparé de l'extérieur que par les tissus mous endo et exocraniens fusionnés en une seule lame cicatricielle. La perte de subs-

1. Les notes bibliographiques que j'ai pu me procurer sont incomplètes. C'est toutefois un devoir de citer, à propos de prothèse crânienne, les travaux du Prof. SEBILEAU et de son collaborateur, M. DELAIR. SEBILEAU, *Bul. de la Soc. de Chirurgie*, 29 avril, 5 mai 1903, 11 octobre 1905, 10 novembre 1909, *Odontologie*, 15 mars 1910. DELAIR, *Soc. d'Odontologie de Paris*, 5 mai 1903 ; 5 octobre 1907, 15 mai 1909. Voyez aussi : Une observation de ROUVILLOIS rapportée par M. MORESTIN, *Soc. de Chirurgie*, 19 février 1908 et DELAIR et SAVARIAUD, *Bul. Soc. de Chirurgie*, 7 février 1912.

Pour la prothèse chez les blessés de guerre, voyez : *Bul. de la Société de Chirurgie OBS.* de MM. Pierre DUVAL, 16 juin 1915 et ESPOR, 8 décembre 1915. Ce dernier auteur apporte dix observations avec description d'un procédé personnel très simple : application de plaques d'or confectionnées par le chirurgien au cours de l'intervention

tance du crâne provient quelquefois de traumatisme, presque toujours de l'acte opératoire qui a agrandi le foyer de fracture pour permettre d'enlever les esquilles et de vérifier l'état des méninges et du cerveau. La zone cicatricielle est dépressible, ne s'oppose pas à l'expansion du cerveau et se gonfle au moment des efforts. Au repos, les battements du cerveau sont visibles et perceptibles. Dans les meilleurs cas, le sujet est porteur d'une fontanelle dont le seul inconvénient est de constituer un point faible perpétuellement vulnérable. Dans les mauvais cas (sans parler des grandes infirmités d'origine cérébrale, paralysies, etc... qui refoulent au second plan la lésion crânienne) le blessé ne peut se livrer à de gros efforts, il garde des céphalées un état vertigineux : il peut présenter, si la lésion siège au niveau de la zone rolandique, des crises jacksoniennes. Perdu pour l'armée, il reste un invalide grave, une non-valeur au point de vue social.

S'il est prouvé que la prothèse peut améliorer de tels infirmes, si elle rend à tous ces cerveaux exposés une protection parfaite, si dans quelques cas heureux elle fait disparaître de graves symptômes céphalées rebelles ou épilepsies, qui ne voit l'intérêt qu'il y aurait à en généraliser l'application ? Economie pour le Trésor par une réduction de gratification proportionnelle à l'amélioration obtenue ; bénéfice pour la société à laquelle nous rendrions des sujets valides ; bénéfice pour l'armée qui, dans le nombre trouverait à récupérer des auxiliaires, peut-être des combattants. Ce sont là des considérations qui ne sont pas négligeables.

Je viens d'observer deux cas qui me paraissent légitimer les réflexions précédentes : deux blessés atteints dans la région rolandique droite, présentent consécutivement de l'épilepsie jacksonienne qui persiste après la trépanation. Prothèse cranioplastique à l'aide d'une plaque d'or [1] ; les crises d'épilepsie disparaissent, les sujets reprennent la vie normale. Je rapporterai ces deux observations qui ont de plus le mérite de contribuer à faire connaître un procédé tout à fait remarquable que M. F. Fabret, chirurgien-dentiste à Nice, a appliqué non seulement à nos opérés, mais à dix autres appartenant aux services de MM. Grinda et de Vaucresson. Ce procédé employé pour la première fois par M. Raynal, de Marseille, décrit en détail par M. Fabret dans un travail d'ensemble (en préparation), nous a paru réaliser la perfection. Je n'en dirai que quelques mots laissant à son auteur le soin d'en exposer les détails.

---

1. Nous avons été frappés de la façon merveilleuse dont la plaque d'or est tolérée par les tissus. L'aluminium *Sebileau*, l'argent *Savariaud*, ont donné la même satisfaction aux auteurs qui les ont employés. Pure question d'asepsie, sans doute, s'il est vrai que ces métaux sont également inaltérables au sein des tissus.

II

Observation I. — Marcel C..., 25 ans, caporal au 65e de ligne, blessé à la tête et à la main droite par éclats d'obus, le 23 janvier 1915, entre le 23 février à la formation sanitaire municipale de l'Hôtel royal, à Nice.

Cicatrice étoilée, un peu déprimée, à la région temporale droite. Pas de symptômes céphaliques. La blessure de la main, assez grave, accapare les premiers temps, l'attention du chirurgien.

En avril, céphalée, lourdeurs de tête ; 20 avril, parésie et fourmillements dans la main gauche. Je décide d'intervenir. Le 27 avril, sous chloroforme, découverte et ablation d'une esquille de la table interne au niveau du pied de la région rolandique droite. La dure-mère bat. Elle paraît épaissie.

29 avril. — Crise caractéristique d'épilepsie jacksonienne avec perte de connaissance. Nouvelle intervention immédiate sous l'éther. Agrandissement de la brèche crânienne jusqu'aux dimensions d'une pièce de 10 centimes. La dure-mère incisée, se montre fort épaissie au centre du foyer, des lames cicatricielles épaisses sont excisées. La libération est poussée jusqu'à ce que le décolle-dure-mère contourne librement tout le pourtour de la fenêtre osseuse et jusqu'à ce qu'il ne reste, en tissus fibreux, nous séparant de l'écorce, que l'épaisseur d'une dure-mère normale. Hémorragie assez tenace.

Suites simples. Guérison lente par seconde intention.

1er juin. — Nouvelle crise très violente. Hébétude de plusieurs heures au réveil. Depuis, petit mal, hémiparésie gauche, de la céphalée, de l'hyperacousie ; le malade se plaint de ne pouvoir entendre la cloche, de ne pouvoir lire. La nouvelle cicatrice est toujours épaissie et déprimée.

D'accord avec *M. Fabret*, je décide de tenter chez ce sujet la prothèse métallique. Mais il faût attendre la disparition de poussées de pyodermite qui se font de temps à autre au niveau du foyer sous forme de minuscules furoncles. Cette désinfection est lente à se produire. Ce n'est qu'au début de septembre que la préparation de la région (savonnage antiseptique, iode) nous met à même d'opérer dans des conditions d'asepsie absolue (conditions premières et indispensables de succès).

Opération le 7 septembre. Vaste lambeau cutané en fer à cheval, dissection par clivage artificiel de la lame cicatricielle, redevenue fort épaisse, au plus près de la surface cérébrale. J'ouvre un petit lac sous-arachnoïdien : un écoulement goutte à goutte du liquide s'installe et dure une dizaine de minutes, puis s'arrête spontanément.

M. Fabret applique une plaque d'or suivant la technique résumée plus loin. Réadaptation du lambeau. Petit drain, laissé vingt-quatre heures, cicatrisation par première intention.

La plaque est admirablement tolérée. Le contour crânien est reconstitué sans inégalité d'aucune sorte.

Au 1er février 1916, 5 mois après l'opération, les crises n'ont pas reparu. Le blessé, réformé et rentré dans son pays, m'écrit qu'il ne ressent plus rien des symptômes antérieurs sinon, de temps à autre, un peu de lourdeur de tête.

Observation II (*résumée*). — Ange S..., trente-cinq ans, soldat au IIIe, blessé le 8 septembre 1914. Fracture du temporal droit, hémiplégie. Trépané le 12 septembre à l'hôpital 203, à Dijon. On enlève un fragment osseux qui comprimait le cerveau. Guérison de l'hémiplégie. Réformé le 20 mars 1915.

Ce blessé m'est présenté par M. le Dr Hamayde, de Nice, qui demande sa réhospitalisation en vue d'une intervention nouvelle. En effet, S... présente depuis le 11 juin des crises très violentes d'épilepsie jacksonienne. En outre, les crises se sont répétées tous les jours une semaine durant. De plus, la brèche crânienne est immense (9 centimètres de longueur sur 4, 5 de largeur) ; à l'occasion d'un effort, la hernie cérébrale forme une intumescence très prononcée ; le blessé la contient d'instinct avec la main, comme le fait le hernieux qui porte son poing sur l'orifice herniaire au moment d'un effort, d'un accès de toux. Après un travail un peu soutenu ou la position inclinée en avant, sensations de vertige, légère titubation. Fourmillements dans la main gauche.

L'hospitalisation est accordée par la direction du Service de Santé et l'intervention est pratiquée le 25 novembre 1915.

Rien de particulier à la dissection du lambeau. M. Fabret applique une plaque d'or dont les dimensions sont ci-dessous indiquées. Réunion « per primam » tolérance parfaite.

Deux mois après l'intervention, plus de crises, le blessé peut se baisser, travailler, faire effort, sans rien ressentir d'anormal. Il se déclare très satisfait de sa nouvelle situation.

En quelques mots, voici la technique employée par M. Fabret.

Quelques jours avant l'opération à travers le cuir chevelu rasé, il prend une empreinte, par moulage au stents, de la brèche osseuse, et confectionne au laboratoire la plaque d'or qui viendra la combler. Cette plaque épaisse de 9 à 12 dixièmes de millimètre, est un bouclier renforcé par trois ou quatre nervures formant griffes à leurs extrémités, et débordant d'un centimètre environ le contour de la plaque. Celle-ci, polie comme un miroir, sur ses deux faces, ne présente aucun relief, aucune rugosité. Elle est allégée par des trous percés à l'emporte-pièce qui permettront de plus une inclusion plus parfaite de l'armature métallique dans le tissu de cicatrice.

L'opération consiste essentiellement dans les temps suivants : le chirurgien dessine un vaste lambeau en fer à cheval, contournant la brèche à deux ou trois centimètres du bord, et le rugine avec soin. Arrivé au niveau de la cicatrice, il clive cette dernière au bistouri, de façon à laisser à la surface du cerveau une couche cicatricielle aussi mince que possible. L'excision de lames fibreuses épaisses est quelquefois nécessaire. Hémostase.

Le contour de la fenêtre osseuse étant bien dégagé, M. Fabret, à l'aide d'une fraise mue par un tour électrique, creuse, le long de ce contour, une gouttière circulaire en marche d'escalier, dans laquelle la plaque vient appuyer ses bords. Les griffes sont fixées dans l'os, non avec des vis, mais par repliement et rabattement en dessous de leurs extrémités, dont chacune est reçue dans une rainure creusée obliquement sur une profondeur de

3 m/m. La plaque une fois fixée est exactement sertie dans sa gouttière circulaire, comme un verre de montre dans son cadre. Les trois ou quatre griffes fixées comme autant de crampons obliques, dans l'encadrement osseux, la rendent immuable ; le doigt, passant du crâne sur la plaque, ne sent aucune différence de niveau. Ce travail, assez minutieux, s'exécute dans des conditions d'asepsie irréprochable. L'opérateur est masqué, ganté ; les pièces qui relient ses fraises au tour électrique sont engainées dans des tubes de toile stérilisée.

Le chirurgien n'a plus qu'à rabattre et suturer le lambeau. L'hémostase doit être absolument parfaite, faut de quoi un petit drain peut être laissé vingt-quatre heures.

Les fils sont enlevés le septième jour. L'impression, tant à la vue qu'à la palpation à travers les téguments, est celle d'une sphère crânienne intacte.

III

L'interprétation des résultats de la prothèse crânienne est assez difficile. La protection qu'elle donne au cerveau est sans doute fort utile, mais c'est là son moindre mérite. Comment expliquer qu'elle puisse faire disparaître les céphalées tenaces, des crises jacksoniennes ? Nos opérés sont récents, et, si frappants que soient les résultats, il serait sans doute téméraire, de prononcer définitivement sur leur avenir. Mais enfin, leur cas n'est pas isolé. Un marin, opéré par M. Raynal, de Marseille, et suivi pendant huit mois, a vu disparaître ses crises d'épilepsie et a repris toutes les rudes fatigues de son métier (Fabret). Un opéré de M. de Vaucresson reste débarrassé, après la prothèse, de céphalées atroces. De tels résultats ne sont pas de simples coïncidences.

Comme il va sans dire que la prothèse ne peut et ne pourra jamais rien contre des lésions définitivement constituées de la substance cérébrale, il faut admettre que les blessés, guéris de troubles cérébraux par la prothèse, devaient ces troubles, non pas à une lésion encéphalique, mais purement et simplement à une irritation de l'écorce, résultant elle-même de l'absence d'une rondelle de la voûte crânienne. Pourquoi donc cette dernière lésion, inoffensive pour le cerveau du plus grand nombre, devient-elle chez certains sujets, la cause d'accidents cérébraux ? Pourquoi et comment la prothèse guérit-elle ces accidents ?

On peut d'abord incriminer la cicatrice cutanéo-dure-mérienne. En fait, chez les sujets dont il s'agit, les chirurgiens ont été frappés de la densité, de l'épaisseur de la cuirasse cicatricielle en laquelle sont venus se fusionner les téguments et la dure-mère. Cette cicatrice, déprimée rétractile par place, peut comprimer de façon inégale la surface sous-jacente du cerveau. Si on l'excise, elle se reproduit tout aussi dense qu'auparavant, si ce n'est plus. On peut supposer que l'armature métallique, prenant la place de l'os absent et ne laissant subsister au-dessous d'elle

qu'une lame cicatricielle mince et régulière, rétablit des conditions meilleures. Est-ce suffisant ? Notre plaque métallique ne peut pourtant pas prétendre avoir rétabli des conditions aussi parfaites que celles de l'anatomie normale. Il doit y avoir autre chose, et nous pensons que la prothèse supprime une perturbation, un déséquilibre de la circulation encéphalique qui se combinait avec l'influence nocive de la cicatrice pour engendrer les symptômes d'irritation corticale.

Considérons en effet un sujet sain, à crâne intact. Dans un effort, le cerveau toujours séparé de la paroi ostéo-fibreuse, par une couche de liquide céphalo-rachidien (qui flue et reflue suivant les vides à combler), ne trouve de limite à son expansion que la sphère crânienne, surface concave inextensible contre laquelle il vient s'appuyer, d'un *effort égal en tous points*. Chez le trépané, la sphère osseuse présente un point faible, une brèche, fermée par une membrane purement fibreuse. En cas d'effort, la turgescence cérébrale ne se fait plus avec égalité ; elle s'effectue avec une fâcheuse prédilection au niveau du point faible ; le cerveau tend à faire hernie ; il repousse en dehors, d'une manière visible et tangible, la membrane dépressible, barrière insuffisante sur son expansion. Turgescence veut dire : hyperémie ; et manifestement ici, l'hyperémie, au lieu d'être uniformément répartie à toute la surface cérébrale, *se localise et s'exagère* en un point *toujours le même*. Chez le trépané (sans qu'il soit besoin d'évoquer l'effort ouvrier, et la toux, l'éternuement y suffisent), un nombre incalculable de fois chaque jour, l'effort provoquera cet afflux hyperémique local. Si le cerveau vient à chaque fois battre (qu'on nous passe ce mot un peu fort) contre une cicatrice inégale, sillonnée de brides, est-il déraisonnable de supposer qu'il y ait là, pour l'écorce cérébrale deux causes d'irritation fâcheusement combinées ? Et si le point du cerveau ainsi exposé correspond à une zone motrice, ne peut-on pas penser que la sommation de ces irritations accumulées n'est capable de déclancher des crises jacksoniennes à des intervalles plus ou moins éloignés ?

L'action de la prothèse s'expliquerait alors, non seulement par des modifications anatomiques favorables de la zone cicatricielle, mais encore par la reconstitution d'une sphère rigide en tous ses points contre laquelle la poussée hyperémique, résultat de chaque effort, viendrait de nouveau se répartir avec égalité.

D'ailleurs qu'importe l'hypothèse ? Les faits sont là. Ils plaident éloquemment pour la généralisation d'une méthode dont maints blessés ont déjà tiré un important bénéfice.

Il ne nous appartient pas de poser, au point de vue militaire, des conclusions définitives. Nul doute que la question ne reçoive, en haut lieu, la solution qui conviendra, lorsque de nombreuses observations et discussions l'auront amenée à la maturité nécessaire. Pour le moment les droits à venir des blessés et de l'Etat sont sauvegardés par les décisions

de caractère provisoire qui sont prises par les Commissions de réforme. Notons que le barême des invalidités, établi par la Commission Consultative Médicale, prévoit, pour l'épilepsie jacksonienne, des invalidités qui vont de 25 % à 100 %, suivant la fréquence des crises, « sous réserve de révision, étant donné qu'une intervention chirurgicale peut parfois y remédier ».

Actuellement, les trépanés de guerre gardant une perte de substance qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi crânienne sont tous réformés. On peut les diviser en deux catégories : les premiers, le plus grand nombre, n'ont d'autre infirmité qu'une fontanelle vulnérable et les gros efforts leur sont interdits. Il nous semble que la prothèse permettrait de récupérer un grand nombre de ces blessés (seulement ceux, à notre avis, dont la dure-mère est restée intacte et qui n'ont pas présenté de symptômes cérébraux) comme auxiliaires, voire comme combattants. La deuxième catégorie comprend les vrais infirmes, dont la corticalité souffre. Certains d'entre eux, la preuve en est faite, peuvent être considérablement améliorés par la prothèse, récupérer grâce à elle une validité et une capacité ouvrière voisine de la normale et peser moins lourdement, par la réduction de leurs infirmités, sur le budget de l'Etat. On peut donc affirmer que la prothèse crânienne n'est pas une opération de luxe et qu'elle doit prendre une place importante dans la chirurgie de guerre et d'après-guerre. Nous serions heureux que nos observations et les remarques qu'elles nous ont suggérées pussent contribuer à l'établir.

Cet article était à l'impression lorsque ont paru, dans les *Bulletins* 8 *et* 9 *de la Société de Chirurgie* (1°, 7 *mars* 1916) les communications de M. Gosset sur quinze cas de cranioplastie.

Laissant de côté la question, d'ailleurs extrêmement intéressante de la technique employée par M. Gosset (cranioplastie par transplants cartilagineux d'après la méthode de Morestin), je ne veux retenir, de ces observations, que la démonstration éclatante de la valeur thérapeutique de la cranioplastie et de son utilité au point de vue militaire. De graves symptômes, céphalées, vertiges, sensations de ballottement cérébral, crises épileptiques, ont disparu chez plusieurs opérés (voyez surtout le cas du lieutenant Eugène B..., Obs. III, *Bul. du* 7 *mars* 1916, *p.* 449. Devant ces résultats, on peut énoncer hardiment la conclusion que je ne me permettrais d'avancer d'après mes observations qu'avec une certaine timidité : la cranioplastie appliquée à nos blessés guérit et guérira des légions d'infirmes ; elle permet et permettra, dans le nombre, de récupérer des combattants.

Au sujet du trépané S..., le Dr Mariau signale qu'il l'a revu, il y a

trois ans, soit 12 ans après l'application de la prothèse crânienne et qu'il continue à exercer allègrement son métier de facteur.

Voici maintenant les observations concernant deux blessés de guerre auxquels j'ai appliqué en 1915 une prothèse crânienne et qui, quatorze ans après, portent encore la plaque qui les protège. Ils ont repris leurs occupations dans la vie civile, sont pères de famille, et vont se présenter devant vous bien portants.

Ils habitent la région niçoise, et je comptais même en avoir un troisième, mais j'ai eu beaucoup de peine à les décider à faire le voyage pour être examinés dans ce milieu compétent.

3e OBSERVATION (publiée par le Dr de VAUCRESSON). — M. Louis T..., 33 ans, cultivateur, soldat de 2e classe au 27e d'infanterie, sans antécédents spécifiques, éthyliques ou bacillaires.

Parti en campagne le 3 août 1914, le 1er novembre 1914, à 18 heures, étant en sentinelle dans un boyau, a reçu, sur le côté gauche du crâne, une pierre du poids d'un kilogramme environ, projetée par un obus explosif. A perdu connaissance et a été transporté par ses camarades dans la tranchée de 2e ligne à 40 mètres de là, où on lui fit prendre un peu de café. A repris sa faction deux heures après, ne ressentant plus rien.

Rien à signaler jusqu'au 21 février 1915, sauf quelques maux de tête et des douleurs irradiées, peu accentuées, dans les deux cuisses. Le 21 février, à 21 heures, en allant chercher des fils de fer, est pris de violentes douleurs à la cuisse droite. Son membre inférieur droit cédant sous lui, il se fait une entorse du genou droit.

Transporté au poste de secours, est évacué le 22 février 1915 sur une ambulance où il ne fait que passer, et de là à Nice à l'hôpital auxiliaire 29 (Rivira-Palace) où il arrive le 25 février avec le diagnostic suivant : légère entorse du genou, violents maux de tête dans la région fronto-temporale gauche, contracture de tous les muscles du membre inférieur droit. Difficulté pour fléchir le genou ou le cou de pied. Sensibilité normale des deux côtes. Réflexes oculaires normaux ; pas de fièvre ; réflexe rotulien exagéré à droite, normal à gauche. Urines normales.

Les phénomènes douloureux cèdent un peu à la suite de la médication au bromure et à la valériane. Douleurs diminuées ; contracture du membre inférieur droit diminuée, mais le malade ne peut marcher que très péniblement.

Le 3 mai, le malade est pris de tremblements légers du membre inférieur droit, calmés par chloral et bromure.

Le 5 mai, au matin, violentes convulsions toniques et clowniques de membre inférieur droit, calmées par des inhalations au chloroforme et des potions au chloral.

Réflexes oculaires normaux ; réflexe rotulien plus exagéré à droite, pas de modification de la sensibilité.

A partir du 6 mai, le membre inférieur s'agite toujours, même quand

le malade dort. Il commence à apparaître des contractures dans le muscle du bras, ainsi que des bâillements subintrants. Le blessé, atteint de photophobie, ne peut plus causer.

Evacué le 11 mai 1915 sur la clinique des Augustines pour intervention avec le diagnostic suivant : secousses toniques et clowniques du membre inférieur droit avec contracture de tous les muscles. Violents maux de tête, bâillements continuels subintrants. Le blessé ne peut pas causer. Photophobie très marquée.

L'examen du cuir chevelu rasé, permet de constater l'absence de toute cicatrice. On décide alors de trépaner au centre du membre inférieur droit.

1re *opération* :

Règ. obs., p. 172, M. le Chirurgien VIALLE.

Le 12 mai 1915. — Anesthésie au chloroforme. L'examen du crâne après large lambeau à pédicule inférieur permet de constater qu'il n'y a aucune lésion apparente du squelette (fissure, fêlure) ni d'épaississement.

Dans ces conditions, on trépane délibérément au niveau des centres du membre inférieur droit, à l'extrémité supérieure de la zone rolandique gauche.

Après application de trois couronnes de Doyen et ablation des ponts osseux à la pince coupante, on crée une brèche osseuse ovalaire à grand diamètre antéro-postérieur.

La surface endocrânienne sous-jacente n'est pas animée de battements, mais paraît saine. La dure-mère n'est pas incisée. Un drain et une mèche sont mis dans la brèche et le lambeau est partout ailleurs suturé au crin de Florence.

Les suites opératoires sont excellentes. Tous les phénomènes ont disparu, la plaie s'est réunie par première intention.

Le 10 juillet 1915, à la suite d'une promenade dans le jardin, par un soleil éclatant, le blessé est pris de violents maux de tête. A ce moment, on constate un léger strabisme, perte de mémoire, des secousses dans les membres inférieurs et dans les muscles des gouttières vertébrales. Les phénomènes ne cédant pas, on décide une nouvelle intervention.

2e *opération* :

Règ., p. 238, M. le Médecin-chef TRUTIE DE VAUCRESSON.

Le 21 juillet, même lambeau que le 12 mai. Au niveau de la brèche osseuse, le cuir chevelu est très adhérent à la dure-mère, à laquelle il est relié par un tissu fibreux très dense. On incise la dure-mère qui ne bat pas. On referme après avoir laissé une mèche. Suites immédiates excellentes.

Le 22 juillet au soir, nouvelle crise. Violents maux de tête, et photophobie très marquée. Cette crise cède le 23 juillet au matin sans médicaments.

On enlève la mèche le 6 août. Pour éviter le retour des accidents, la prothèse du crâne est décidée.

3e opération.

Le 4 septembre 1915. — Le chirurgien TRUTIE DE VAUCRESSON et M. F. FABRET.

Anesthésie au chloroforme. Lambeau comme aux opérations précédentes. Les adhérences cicatricielles sont disséquées, l'os dépériosté à la rugine, l'hémostase assurée. La plaque préparée dans une série de manipulations précédant l'opération est présentée et ajustée minutieusement sur les bords de la brèche. Ceci fait, avec une grosse fraise à racines munie d'un guide, une gouttière est finement taillée dans la table externe de l'os, en évitant d'atteindre le diploé. A la périphérie de cette gouttière, une rainure est creusée dans laquelle les bords de la plaque légèrement recourbés à l'aide d'une pince mousse, viendront s'encastrer très exactement.

La plaque étant ainsi ajustée, de petites tranchées sont alors creusées au moyen de grosses fraises à fissures à l'extrémité des attelles.

Ces attelles recourbées sont introduites dans ces rainures et scellées avec de l'or mou en cylindres. Ces cylindres sont comprimés comme pour une aurification dentaire, et la plaque ainsi ajustée sur les bords, sertie à la manière d'une montre et scellée par trois ou quatre griffes, est très solidement fixée à la boîte crânienne. Le lambeau est ramené et cousu, la plaie se réunit par première intention, les accidents ont complètement disparu.

Le 3 octobre 1915, réflexes rotuliens normaux, pas de fièvre, le malade est dans un état qu'il ne connaissait plus depuis le 1er novembre 1914.

Le 25 mars 1919, quatorze années après, le sujet a conservé sa plaque, a repris son dur métier de cultivateur, s'est marié. Il est père de trois enfants et jouit d'une bonne santé ; il n'a plus eu d'accidents.

4e OBSERVATION. — Pierre C..., soldat au 163e régiment d'infanterie, cultivateur, bons antécédents. Blessé le 28 mars 1915 à Firez par une balle enlevant l'angle droit de l'os frontal.

Opéré à l'ambulance le 30 mars ; enlèvement d'esquilles, nettoiement de la plaie et suture.

Suites de l'opération normales. La plaie s'est cicatrisée. Le 10 avril, de violents maux de tête accompagnés de vertiges.

Evacué sur l'hôpital de Toulon, les troubles s'accompagnent de douleurs dans l'œil droit dont la vue est amoindrie.

Cueilli au conseil de réforme par le chirurgien TRUTIE DE VAUCRESSON, qui le dirige sur la formation sanitaire 70, en vue de la prothèse crânienne.

2e opération.

Application prothèse crânienne. Chirurgien TRUTIE DE VAUCRESSON.

Anesthésie au chloroforme. Lambeau mettant à découvert la brèche osseuse de 70 m/m de long sur 60 m/m de large environ. La plaque préparée à l'avance, est ajustée sur place, dans l'ouverture triangulaire de la brèche. Après ajustage, une gouttière est creusée à la fraise et la plaque y est sertie très exactement. Quand elle est bien en place, il est procédé au scellement des attelles à l'or fin. Cette dernière opération terminée, le chi-

rurgien constate que la plaque est solidement fixée à l'os et que l'examen minutieux de cette solidité ne laisse percevoir aucun mouvement.

Lambeau recousu au crin de Florence et réunion par première intention constatée cinq jours après. Pas de fièvre, aucune complication. Disparition des maux de tête, vertiges, douleurs des cuisses.

L'œil droit est débarrassé du brouillard qui obscurcissait sa vue et les vertiges ont disparu. Rendu à la vie civile, il a repris son métier de cultivateur qu'il exerce comme tout homme valide.

Jardinier du Dr Cossa, médecin-chef de l'Asile d'aliénés à St-Pons, il cogne un jour sa tête contre une grosse branche de figuier et justement à l'emplacement où la prothèse crânienne a été appliquée. La commotion l'étourdit : il tombe. Quand il revient à lui, il se précipite chez le docteur, craignant sa prothèse démolie, et le retour des accidents qui l'avaient éprouvé. Le docteur constate une ecchymose, tâte la plaque perceptible sous le derme et lui annonce que tout est bien en place, que rien n'a été dérangé, et que la plaque a paré le choc et l'a protégé comme une véritable cuirasse.

Une deuxième fois, notre trépané a heurté violemment une branche d'olivier. Le front a encore porté exactement au même endroit et la plaque une fois encore, a résisté au choc qui n'a comporté aucune suite fâcheuse.

Aujourd'hui, c'est-à-dire 14 ans après, la plaque est aussi solide que le premier jour. Le cultivateur est marié. Il est père de deux petites filles et travaille la terre avec ardeur.

Il a consenti également à m'accompagner et je vais vous le présenter pour que vous puissiez l'examiner.

5e Observation.

Pour ne pas allonger démesurément cette communication, je vais résumer les observations qui suivent et qui ressemblent aux précédentes :

Voici celle de Louis V..., sergent au 3e zouaves, blessé par un éclat d'obus dans la région temporale droite, et dont la plaie, guérie, a laissé une brèche osseuse énorme de huit centimètres de hauteur sur sept centimètres de largeur. Je l'ai revu, il y a trois ans, toujours porteur de la plaque et exerçant sa profession d'électricien.

6e Observation.

Louis B..., chasseur à pied. Blessé le 20 juin 1915, par éclat d'obus à la région pariétale postérieure gauche. Trépané le 3 juillet et porteur d'une brèche osseuse ogivale.

Accidents d'épilepsie jacksonienne manifestés dès la fin juillet, ayant nécessité deux nouvelles interventions après traitement infructueux au bromure et à la valériane.

Amélioration constatée après chaque intervention, puis reprise des accidents.

Prothèse crânienne décidée en janvier 1916 et appliquée le 23 janvier.

Disparition définitive de tous les troubles et douleurs, surtout accusés du côté droit.

Ouvrier serrurier. A repris son métier dans le civil. Rencontré en décembre 1928, bien portant, conduisant une auto, et toujours porteur de sa plaque.

7e Observation

Jean L..., mécanicien soldat du train, conducteur d'ambulances, retiré sous les débris de sa voiture démolie par un obus. Bras cassé et crâne contusionné à Reims, le 8 janvier 1915. Trépané à l'ambulance le 10 janvier, présente une brèche de forme ovalaire de 60 m/m de long sur 48 m/m de large. A présenté des accidents d'épilepsie jacksonienne dès le mois de février ; aucun traitement n'a pu faire disparaître ces accidents. La prothèse crânienne ayant été décidée, la plaque a été scellée le 20 septembre 1915 avec M. le Chirurgien Trutie de Vaucresson.

Disparition complète de tous les accidents. Le sujet continue dans le civil son métier de chauffeur dans un garage.

8e Observation

Jean B..., soldat légion garibaldienne. Blessé par éclat d'obus sans fracture apparente, mais deux petits éclats incrustés dans le diploé de la boîte crânienne.

Trépané le 20 mai 1915 à l'ambulance. Accidents d'épilepsie jacksonienne se continuant malgré débridement, le 12 juillet, le 20 août.

Appareil de prothèse crânienne forme ronde de 60 m/m sur 60 m/m appliqué le 11 décembre 1915. A partir de cette date, les accidents ont complètement cessé.

A repris dans la vie civile ses occupations de comptable dans un magasin de nouveautés.

Revu et radiographié en février 1929. A conservé sa plaque, sa bonne humeur et sa bonne santé. S'est marié et est père de trois enfants.

9e Observation

Ernest R..., laitier. 4e régiment de dragons, blessé le 3 août 1915 d'une pièce de bois ou de fer provenant d'une maison éventrée par un obus. Ecchymose au sommet du crâne. Est demeuré un mois dans un état demi comateux. Trépané le 4 septembre 1915 à Toulon. Evacué sur Nice en décembre, présentant des phénomènes d'épilepsie jacksonienne, opéré à Nice le 8 décembre, par le chirurgien Etienne. Les accidents s'étant renouvelés, la prothèse crânienne a été décidée. Une plaque semi-ovalaire de 60 m/m sur 50 m/m a été scellée. Suites de l'opération excellentes. Les accidents ont complètement disparu.

Le 30 janvier, le malade, guéri, est parti en convalescence.

10e Observation

Pierre G..., caporal au 24e d'infanterie. Blessé le 11 mai 1915 d'une balle par ricochet dans la région occipitale gauche. Trépané le 3 juin 1915, le malade demeura dans un état de prostration caractérisé encore par l'impotence absolue des membres inférieurs.

Le 15 octobre, application d'une plaque de prothèse crânienne, de forme trapézoïde, le chirurgien ETIENNE pratiquant la partie chirurgicale. Dans les jours qui suivent, une amélioration est constatée. Le malade va de mieux en mieux et commence à marcher le 1er janvier 1916. Il part en convalescence le 30 janvier 1916.

11e OBSERVATION

Pierre N..., ouvrier maçon. Soldat au IIe de ligne. Blessé à D..., le 12 mars 1915 par un éclat d'obus (à la région temporale droite) dont six petits paquets sont restés incrustés dans le diploé. A l'ambulance on retire purement les fragments métalliques que le blessé a conservés. Suture du cuir chevelu. Guérison ? Le blessé a repris son service.

Le 30 avril au moment où il est commandé pour monter aux tranchées, il est pris d'un violent mal à la tête et le côté gauche semble paralysé. Trépané le soir même à l'ambulance, le blessé est évacué sur Menton. L'opération, en libérant les cicatrices épaisses, a soulagé le malade qui ne souffre plus, mais conserve la jambe gauche engourdie. Le 20 mai, nouvelles céphalées violentes et douleurs dans la jambe gauche. Le 8 octobre, le malade étant paralysé du côté droit, et souffrant toujours atrocement, on décide d'appliquer la prothèse crânienne. Opération exécutée le 13. Aussitôt, disparition de tous les troubles. Le 20 octobre, à sa grande surprise, le malade peut se promener dans le jardin de l'hôpital.

Réformé le 12 novembre, il a repris ses occupations d'ouvrier maçon qu'il continue à exercer.

12e OBSERVATION

Jacques M..., automobiliste au 7e Génie, relevé sous son camion. Bras facturé et contusion région temporale gauche. Le 20 juin 1915, évacué sur Nice, hôtel Ruhl, le médecin traitant s'est occupé de son bras ; le malade ne se plaignant pas de la tête. Le 12 août, à la veille de rejoindre le dépôt, accident nettement marqué d'épilepsie jacksonienne intéressant tout le côté droit.

Opéré à l'hôpital militaire par le chirurgien ETIENNE, la trépanation apporte une amélioration notable. Mais celle-ci n'est que passagère. Le premier septembre, nouvel accident, céphalées intenses, d'abord calmées par la médication bromurée, puis rebelles à tout traitement.

Le 3 décembre, nouvelle intervention apportant un nouveau soulagement suivi d'une récidive, le 15 décembre. Le 20 décembre, le chirurgien ETIENNE décide l'application d'une pièce de prothèse crânienne exécutée et appliquée le 28. Disparition définitive de tous les accidents.

13e OBSERVATION

Jules M..., canonnier au ...e d'Artillerie. Blessé le 20 juin 1915 par éclat d'obus à la région temporale droite. Trépané à l'ambulance le 21 juin. Evacué sur Marseille où il est surtout soigné pour ses blessures aux membres inférieurs. Eclat d'obus ayant fracturé le fémur droit et le pied gauche.

Evacué sur Cannes le 15 août, se plaint de douleurs aux membres

inférieurs ; le 20 août se plaint de violents maux de tête. Trépané à nouveau le 24 août à l'hôpital militaire de Nice par le chirurgien ETIENNE. Amélioration, qui se maintient jusqu'au 28 septembre où le blessé recommence à souffrir. Le 5 octobre, on décide d'appliquer la prothèse crânienne qui est exécutée le 10. Guérison définitive du trépané qui ne se plaint que de lourdeurs de tête les jours de mauvais temps.

14e OBSERVATION

Georges C..., soldat ...e infanterie. Blessé le 3 mai 1915, en montant à l'assaut, d'un coup de crosse de fusil qui lui a cassé le bras gauche, écrasé l'oreille et contusionné la région temporale gauche. Evacué le 6 mai, entre à la formation sanitaire du Négresco. Le 11 juillet, le blessé paraît guéri, son bras consolidé, son oreille recousue, quand, au cours d'une sortie, il tombe sur la Promenade des Anglais, ses jambes ayant fléchi et ne pouvant plus le soutenir. Traité jusqu'au 30 août aucune amélioration. Le 2 septembre, il est trépané. Amélioration notable jusqu'au 3 octobre où les accidents reprennent avec une grande intensité. Application de prothèse crânienne avec le chirurgien BREMOND le 10 octobre. Le blessé est définitivement guéri.

15e OBSERVATION

Joseph R..., cultivateur, soldat au ...e de ligne. Blessé par une balle dans la région pariétale inférieure droite le 6 juin 1915.

Trépané le 7 juin à l'ambulance. Evacué sur l'hôpital temporaire n° 9, a présenté des accidents d'épilepsie jacksonienne le 30 juillet. Opéré de nouveau le 2 août à l'hôpital militaire de Nice par le chirurgien BREMOND. Récidive des accidents le 30 août. On décide l'application d'une plaque de prothèse crânienne posée le 7 octobre 1915.

Disparition définitive des accidents.

En résumé :

J'ai opéré l'application de la prothèse crânienne dans quinze cas.

Presque tous les trépanés ont présenté des accidents d'épilepsie jacksonienne ou des céphalées rebelles à tous traitements et récidivant en dépit de tous soins et de toute médication.

Dans tous les cas, les accidents ont disparu.

Tous les opérés ont conservé leurs plaques, sauf dans deux cas que je suis en train d'éclaircir.

J'ai pu revoir six d'entre eux ces dernières années. Ils avaient repris leurs occupations normales et ne se ressentaient plus du tout des accidents consécutifs à leur trépanation.

Enfin, j'ai pu amener avec moi deux sujets que je vais maintenant vous présenter pour que vous puissiez les examiner.

DISCUSSION

M. le Dr Gérard Maurel. — Je voudrais d'abord féliciter mon confrère et ami Fabret de ses excellents résultats et de sa technique vraiment admirable. Je voudrais ensuite lui demander quelques explications sur des points particulièrement intéressants.

Le renforcement de ses plaques me paraît un point très important qui, dans certains cas, s'est montré utile dans les traumatismes, ultérieurement, pour empêcher l'enfoncement de la plaque.

Mais quel est le mode de fixation des crampons? C'est par là, d'habitude, que pèchent les plaques métalliques. J'ai vu le sertissage qui existe sur le modèle qu'il nous a fait passer ; je lui demanderai de préciser quelle est la méthode qu'il adopte pour les glisser sur le tissu osseux.

Je lui demanderai en outre à quoi répondent, dans son esprit, les orifices que comporte la plaque de prothèse crânienne ; presque toutes comprennent des orifices , certains auteurs disent que ceux-ci sont destinés à fixer les téguments sur la boîte crânienne. Nous n'avons pas examiné encore les blessés qu'il veut nous présenter, et je ne sais pas si les téguments glissent sur la plaque de prothèse.

A mon avis, si vraiment il existe un mécanisme tel que l'adhérence de la dure-mère est une cause des crises d'épilepsie, de douleurs de tête, de céphalée, il n'y a pas intérêt à rechercher la pénétration à travers la plaque de protection crânienne soit de la dure-mère, soit des téguments, allant de la surface vers la profondeur.

C'est pourquoi je me permets de lui demander à quoi il pense que peuvent être utiles les orifices dont il a muni ses plaques. Il a d'ailleurs là, adopté un procédé que l'on emploie généralement, mais je voudrais savoir s'il donne à ces orifices un but particulier.

Ceci dit, je le félicite encore sur les résultats obtenus et sur un point de sa technique, en ce qui concerne la possibilité d'une asepsie parfaite dans cette région, asepsie d'autant plus intéressante que lorsqu'elle n'existe pas, non seulement on peut assister à des accidents sérieux, mais surtout aussi à la désunion de la plaque par rapport au tissu osseux du voisinage.

Enfin cette désunion de la plaque peut se produire en dehors de toute autre question défectueuse, par suite d'ostéite raréfiante.

Il semble par conséquent que la technique qu'a adoptée M. Fabret mette à l'abri de ces accidents d'ostéite raréfiante ; c'est pourquoi je lui demande de nous expliquer le mode de fixation des crampons.

M. Fabret. — Voici le mode de fixation des crampons.

On creuse une rainure dans ce sens ; le crampon est replié déjà deux fois. On commence à entrer forcé dans la rainure ; mais comme il ne remplit pas exactement tout l'espace, c'est dans ce vide que j'ai introduit

des feuilles d'ormeau jusqu'à ce que la compression m'ait donné la sensation exacte que le crampon est solidement coincé. Je coince le crampon dans la table externe osseuse crânienne.

Pour la deuxième question, j'ai ménagé les espaces que vous avez vus dans cette plaque parce qu'il est tout à fait important que les échanges physiologiques se fassent ; si on laisse une surface métallique beaucoup trop large, les échanges ne se font pas et il y a une sorte de petite mortification des tissus ; il se forme là des accidents qui obligent d'intervenir à nouveau.

Quant à la fixation de la plaque, nous savons que c'est une question extrêmement importante. Si l'on se fie simplement au tissu cicatriciel pour fixer la plaque, il y a des mouvements si imperceptibles soient-ils qui, en continuant, causent de l'irritation ; il arrive un moment où cette irritation est tellement désagréable pour les accidents survenus qu'on est obligé d'enlever la plaque.

Un membre. — M. Fabret a-t-il eu l'occasion de réopérer certains de ses malades, pour savoir quel tissu se forme entre la plaque et la dure-mère, car il existe un espace pour savoir si les méninges s'épaississent ou bien si c'est le tissu sous-jacent du cuir chevelu qui occupe cet espace.

M. Fabret. — Il y a deux cas où la plaque a été enlevée : une fois huit ans, une fois six ans après ; ce sont deux cas douteux. Je vais voir les chirurgiens qui ont opéré et, au Congrès du Havre, je compléterai ce travail en répondant à votre question, car je n'ai pas de documents à ce sujet. Je prends bonne note de votre demande, car c'est extrêmement intéressant.

M. G. Viau. — Je crois être votre interprète en remerciant M. Fabret qui, vous le savez tous, est un de nos praticiens les plus habiles, les plus ingénieux. Nous avons eu des instruments merveilleux inventés par lui, mais vraiment aujourd'hui nous l'avons particulièrement admiré, car ses quinze observations sont tout à fait remarquables ; et une fois de plus nous pouvons dire combien le dentiste, qui est un praticien rompu comme l'est notre ami, est un collaborateur indispensable pour le chirurgien.

Vous connaissez tous, comme moi, les travaux de Martin de Lyon, de Delair qui étaient des hommes de génie. Eh bien, M. Fabret est vraiment leur continuateur. Il nous a intéressés d'une façon tout à fait particulière, et je l'en remercie.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 7 mai 1929

I. — « Evolution dentaire et ostéomyélite des machoires », par le Dr Raoul Monod.

M. le Dr R. Monod donne lecture de sa communicarion (v. p. 401).

Discussion

M. Georges André. — Si j'ai bien compris notre distingué conférencier, il attribue la plupart des accidents d'ostéomyélite, occasionnés par l'évolution vicieuse des dents de sagesse, à un manque de place *dans le sens latéral.*

M. le Dr Monod. — C'est bien ce que j'ai dit.

M. Georges André. — Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour signaler que nombre d'accidents graves déclanchés par l'évolution vicieuse des dents de sagesse sont presque exclusivement dus au manque de place, dans le sens vertical, et toujours chez des sujets ayant leur engrènement dentaire en surocclusion.

Je n'ai pas à rappeler ici la puissance des muscles masticateurs qui est, pourtant, souvent oubliée.

Voici, selon mon expérience clinique, la genèse des accidents pathologiques les plus fréquents dus à l'évolution vicieuse des dents de sagesse.

Les dents de sagesse supérieures poussent normalement, mais elles peuvent ne pas rencontrer en temps utile l'antagonisme modérateur des dents de sagesse inférieures, parce que celles-ci ont une évolution tardive due à des phénomènes physiologiques nombreux. La dent supérieure s'allonge démesurément.

La conséquence de cette élongation, c'est que la dent de sagesse supérieure devient l'objet d'une ossification du cul-de-sac alvéolaire avec étranglement progressif du régime vasculo-nerveux. Elle devient ainsi comme un véritable marteau, solide sur ses bases et faisant office de corps étranger. Rencontrant alors, à un moment donné, le capuchon de la fibro-muqueuse qui recouvre la dent de sagesse sous-évoluée, elle déclanche, par traumatisme, un œdème qui accentue et précipite des accidents généralement infectieux qui peuvent parfaitement entraîner la mort.

Je cite un cas très connu :

Le lieutenant F..., est mort en 1916, à l'hôpital d'Amiens, d'acci-

dents semblables, malgré les soins éclairés et le dévouement des médecins et chirurgiens qui firent l'impossible pour sauver le malheureux officier dont la vie eût été plus précieusement consacrée à la défense de la patrie.

Je dois vous citer un autre cas, celui-ci de paralysie faciale, du côté gauche.

Le diagnostic avait mis dans l'embarras des esprits médicaux clairvoyants. Il faut dire que le sujet, une femme de trente ans, ne présentait, en dehors de cette paralysie, aucun signe clinique permettant d'attribuer l'état pathologique à une cause dentaire. Seul, le hasard voulut qu'elle vînt à ma consultation pour sensibilité anormale de la région droite, c'est-à-dire du côté sain.

Après avoir interrogé ma malade, j'eus l'idée d'examiner les relations d'engrènement de ses dents de sagesse du côté paralysé, le côté gauche.

La dent de sagesse supérieure était très allongée, et la dent de sagesse inférieure, qui avait sa place normale dans le sens latéral, avait à peine évolué au-dessus du bourrelet gingival : il n'y avait aucun trouble inflammatoire de la région.

Je voulus m'en référer au renseignement radiographique, car je pensais à une lésion du nerf dentaire inférieur occasionné par le refoulement de la dent de sagesse inférieure dans son cul-de-sac alvéolaire, atteint d'ostéomyélite d'origine traumatique, sans réaction des tissus muqueux.

Je fus bien inspiré et la radio fut confirmative. Le nerf dentaire inférieur était bien comprimé par le refoulement de la dent de sagesse inférieure et avait déclanché, par traumatisme, cette paralysie partielle du trijumeau, du côté lésé.

Je n'hésitai pas à supprimer la dent de sagesse supérieure, d'abord, puis, quelques jours après, la dent de sagesse inférieure, sans aucune difficulté opératoire.

La paralysie faciale et tous les troubles fonctionnels disparurent progressivement, sans aucune médication. Je revis ma patiente six mois plus tard : les fonctions physiologiques de la région accidentée s'étaient maintenus normalement, sans menace de récidive.

Je m'excuse auprès du Dr Monod de m'être un peu étendu, mais étant donné la très belle leçon que nous venons d'entendre, je n'ai pas su résister au désir de vous faire part de mes observations personnelles.

M. le Dr Roy. — Je viens d'entendre le Dr Monod nous dire que, dans les ostéomyélites occasionnées par carie, il n'y a que la région alvéolaire qui se trouve touchée. Mon expérience n'est pas tout à fait d'accord avec cette affirmation, parce que j'ai vu des ostéomyélites graves causées par des caries et ayant amené alors la perte d'une portion de l'os sur toute sa hauteur, avec une perte de substance considérable. J'en ai vu un cas notamment qui est tout à fait intéressant puisqu'il a même malheureu

sement fait l'objet d'un procès contre un dentiste à la suite d'une extraction d'une racine d'incisive inférieure en malposition ; la malade, qui était une jeune femme de 25 ans environ, a perdu la totalité de son maxillaire sur l'étendue de neuf dents consécutives. Je l'ai soignée au moment des accidents nécrotiques qu'elle a présentés et je lui ai retiré un énorme séquestre qui comprenait toute la région mentonnière, où l'os a été nécrosé dans sa totalité. J'en ai observé un assez grand nombre de cas un peu moins étendus ; mais j'en ai observé un également particulièrement remarquable, dont j'ai publié l'observation ici pendant la guerre. C'était un homme de 65 ans qui a eu une ostéomyélite de la mâchoire à la suite d'accidents de carie de molaire, et auquel j'ai retiré par la bouche, chose très intéressante, un séquestre qui s'était mobilisé et qui comprenait toute la branche horizontale et toute la branche montante de la mâchoire depuis la canine jusqu'au condyle. Je dois dire que même à 65 ans ce malade, qui a été immobilisé au moyen de gouttières, a régénéré complètement sa mâchoire.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ces ostéomyélites de la mâchoire, et c'est un point que je vous signale d'après ce que j'ai observé, c'est leur rapidité d'évolution vers la nécrose. Il semble, contrairement aux nécroses ordinaires de l'os qui sont consécutives à des ostéopériostites à marche plus ou moins longue, il semble que, dans ces ostéomyélites, la nécrose se produise avec une soudaineté en quelque sorte foudroyante ; il semble qu'elle s'établit en quelques jours si ce n'est en quelques heures, et je pense, comme l'opinion en a été émise, qu'il s'agit là d'une oblitération par thrombose des artères nourricières de l'os.

La soudaineté et la rapidité de ces ostéomyélites présentent un très gros intérêt au point de vue de la responsabilité chirurgico-dentaire, parce que, comme ces nécroses se produisent souvent en quelques heures ou au plus en quelques jours, elles sont déjà établies lorsque les malades se rendent chez le dentiste qui leur fait une opération dentaire, généralement l'extraction de la dent. Or l'extraction ne modifie en rien le processus ostéomyélitique, qui entraînera la mortification de la portion de l'os atteinte, et ces accidents, qui pouvaient ne pas être extrêmement marqués au début, continuent leur évolution et de là à incriminer le dentiste comme responsable des accidents ostéomyélitiques il n'y a qu'un pas, et ce pas a été quelquefois franchi : il l'a été notamment dans le cas de cette jeune femme qui a perdu tout son menton après une extraction de dent ; et le confrère qui avait fait l'extraction de la dent a été poursuivi, malgré un rapport favorable de Broca qui est justement le maître du Dr Monod. Le malheureux dentiste, qui avait été acquitté, mis hors de cause en première instance, a été condamné en appel, malgré le rapport de Broca et sans qu'un autre rapport ait été produit. Vous voyez l'importance médico-légale que

peuvent prendre ces ostéomyélites, en raison de leur évolution particulière, c'est encore un point que je tenais à signaler au Dr Monod.

M. le Dr Monod. — Je repondrai à M. André que sa remarque est très intéressante, que je conçois très bien qu'une dent supérieure, une grosse molaire supérieure, puisse causer préjudice à la gencive de la dent de sagesse inférieure ; c'est une chose qui peut fort bien arriver.

Au Dr Roy, je répondrai que je sais très bien aussi — et je le remercie d'avoir attiré mon attention sur ce point — que la carie dentaire peut donner des accidents beaucoup plus graves et non limités aux bords alvéolaires ; je le sais d'autant mieux que j'ai enlevé l'année dernière toute la branche horizontale · je suis payé pour le savoir. Seulement j'ai dit qu'en général cela se limite aux bords alvéolaires : ce n'est pas une règle absolue, malheureusement. C'est, néanmoins, un accident qu'il faut connaître, et qu'une carie dentaire n'est pas innocente.

Ce que le Dr Roy a dit sur la responsabilité du dentiste est très juste ; le dentiste n'y est pour rien du tout ; il enlève une dent cariée en pleine ostéomyélite, il a raison. Le Prof. Sebileau indique qu'il faut l'enlever, que cela peut l'arrêter ; mais cela ne l'arrête pas obligatoirement. C'est extrêmement curieux, cette condamnation par le Tribunal.

M. le Président. — Je suis certain d'être votre interprète en remerciant le Dr Monod de son intéressante conférence. Il a tenu à plusieurs reprises, au cours de son exposé, à mettre celui-ci sous la garantie de son Maître, le Prof. Broca. Il a fait preuve d'une excessive modestie, mais je suis là pour la corriger, car si j'ai fait appel à son amitié en lui demandant de venir ici ce soir, je faisais en même temps appel à son expérience personnelle, que je sais très grande et très ancienne, et à son autorité. Je le remercie en mon nom et au nom de la Société d'Odontologie.

II. — Pyorrhée expérimentale et thérapeutique antipyorrhéique, par M. Hulin.

M. Hulin donne lecture de sa communication (V. n° de mai 1929).

M. le Président. — En raison de l'ordre du jour de ce soir et de l'importance de la discussion qui doit suivre une communication de cette valeur, je vous propose de remettre au mois prochain la discussion relative à la communication de M. Hulin.

En attendant, je ne veux pas le laisser quitter la Tribune sans le remercier et le féliciter très chaleureusement du travail considérable qu'il a fourni et de la façon particulièrement lumineuse dont il l'a exposé.

III. — Contribution a l'étude de la morphologie dentaire, par le Dr B. de Nevrezé.

M. de Nevrezé donne lecture de sa communication.

Discussion.

M. le Président. — Vous venez d'entendre la passionnante communication du Dr de Nevrezé. Bien qu'elle ait un caractère d'extrême généralité, elle fait appel à des connaissances très spécialisées. Je ne sais s'il y a parmi vous des orateurs qui désirent la parole pour critique ou réfutation ou pour demander un renseignement complémentaire. Nous sommes tous certainement un peu intimidés par les idées aussi pleines de conséquences que celles que M. de Nevrezé vient d'exposer, et je me permets de lui adresser personnellement des félicitations vives et sincères. Je suis certain aussi d'être votre interprète en lui disant que la Société d'Odontologie a été enchantée de l'entendre ce soir.

En raison de l'heure tardive et d'accord avec M. Theuveny, nous remettrons à la séance prochaine sa communication « A propos d'un récent jugement du tribunal de la Seine sur la chirurgie esthétique ».

La séance est levée à 23 h. 50.

Le Secrétaire général,
Dr Solas.



Séance du 4 juin 1929.

(Résumé)

La séance est ouverte à 8 h. 45 du soir sous la présidence de *M. Wallis-Davy*, vice-président, remplaçant *M. le Dr Bonnet-Roy*, excusé.

M. Hulin présente un four à porcelaine construit en terre réfractaire enrobée dans une carcasse métallique. Le four est chauffé au moyen d'un chalumeau utilisant le gaz d'éclairage et l'oxygène ou bien au moyen d'un chalumeau utilisant l'acétylène. M. Hulin montre un certain nombre de travaux en porcelaine faits à l'aide de ce four qui sont d'une belle venue. L'auteur signale la possibilité de faire monter la température jusqu'aux environs de 3.000 degrés centigrades, c'est-à-dire une température permettant d'exécuter tous les travaux intéressant la manipulation de la porcelaine et du platine.

Le prix de revient du four de céramique de M. Hulin paraît devoir être très inférieur à celui des fours électriques que l'on trouve habituellement dans le commerce.

M. Theuveny, à propos d'un jugement du Tribunal de la Seine, condamnant le principe de la chirurgie esthétique, critique les attendus du jugement et conclut en mettant en garde la profession dentaire contre les assimilations qui pourraient être faites entre notre pratique et la chirurgie esthétique.

M. Di Ruggiero présente un cas de lésion apicale traité par la mé-

thode des instillations colloïdales préconisée par M. Texier ; le cas en question a été traité avec toutes les vérifications radiographiques et bactériologiques et aboutit finalement à l'utilisation pour une prothèse d'une racine très compromise.

M. le D Roy présente une communication pour argumenter le travail de M. Hulin sur la pyorrhée expérimentale. Il s'associe à un certain nombre de conclusions de l'auteur et signale quelques points où il reste en désaccord avec M. Hulin, notamment sur la lésion initiale de la pyorrhée. MM. R. Fraenkel et P. Housset prennent part à cette discussion.

La séance est levée à minuit 15.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 20 *avril* 1929.

La séance est ouverte à 21 h. 15, sous la présidence de *M. Sapet*, Président.

Le Dr *Gérard Maurel* présente onze malades récemment opérés et en cours de traitement, pris dans son service de chirurgie maxillo-faciale de l'Ecole odontotechnique.

1° 4 cas de kystes para-dentaires et sinusien ;
2° 1 cas d'adénite bacillaire sous-maxillaire ;
3° 1 cas d'ostéite nécrosante du maxillaire inférieur gauche ;
4° 1 cas de canine incluse, avec description de technique ;
5° 1 cas d'angiome de la région labio-faciale droite ;
6° 1 cas de perforation de la voûte palatine ;
7° 1 cas de fracture traumatique du maxillaire inférieur.

Notons au cours de cet exposé les résultats remarquables obtenus par le Dr *Maurel*, résultats que nous confirment les radios qui accompagnent chaque cas anté et post-opératoire. Mais le conférencier sait très adroitement illuminer sa conférence par une magistrale leçon de clinique chirurgicale. Le Dr *Gérard Maurel* obtient un véritable succès auquel un auditoire très nombreux ne ménage pas durant quelques bonnes minutes ses applaudissements.

Prirent part à la discussion : MM. les Drs *Robin*, *Fourquet* et *Sapet*.

Vu l'heure tardive, M. Joyeux s'excuse de ne pouvoir donner à sa communication l'ampleur qu'il désirait.

Après un exposé clinique rapide sur cette affection, l'A. décrit immédiatement sa technique dite « de pulvérisations » obtenue à l'aide d'un appareil contenant un groupe de trois pulvérisateurs. Chacun d'eux répond à des usages et des temps bien déterminés.

1° Pulvérisateur dit « décapant » contenant du fluorsalyl (combinaisons d'acétate d'ammonium et d'acide fluorhydrique) destiné à dissoudre le tartre et les calculs sériques ;

2° Pulvérisateur, antiseptique, contient de l'eau oxygénée à 20 volumes, désinfection des clapiers ;

3° Pulvérisateur, cautérisant, contenant du synthol destiné à la destruction des culs-de-sac et des foyers purulents ou muco-purulents.

M. Joyeux nous promet à la prochaine séance d'apporter plus de précisions à sa méthode et sur les nombreux résultats obtenus.

M. Joyeux nous présente ensuite un appareil électrique très ingénieux et parfaitement compris pour la stérilisation chirurgicale constante des seringues dentaires.

La séance est levée à 23 h. 25.

Le Secrétaire-adjoint,
René Sudaka.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

PROGRAMME GÉNÉRAL

Jeudi 25 juillet.

10 *h.* 30. — Séance d'ouverture au Grand Théâtre.
14 *h.* — Organisation des sections au Lycée de Garçons, rue Ancelot.
21 *h.* — Réception par la Municipalité à l'Hôtel-de-Ville.

Vendredi 16 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections au Lycée de Garçons.
11 *h.* — Visite des expositions organisés au Lycée de garçons.
14 *h.* — Réunion des sections et réunion de la Conférence des délégués anglais.
15 *h.* 30. — Visite du port et d'un transatlantique.
20 *h.* 30. — Conférence au Grand Théâtre.

Samedi 27 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections.
11 *h.* — Visite de l'exposition anglaise et du Muséum.
14 *h.* — Réunion des sections.
16 *h.* — HONFLEUR : Visite du Musée du Vieux Honfleur.

Dimanche 28 juillet.

Excursion générale à Fécamp.

Lundi 29 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections.
11 *h.* — Visite de Sainte Adresse, du Nice havrais et de l'Hôtel-des-Emigrants.
14 *h.* — Visite du Musée de peinture et départ pour aller au Nouveau Musée d'Archéologie à l'Abbaye de Graville.
20 *h.* 30. — Soirée au Casino municipal ou à bord d'un transatlantique.

Mardi 30 juillet.

9 *h.* — Réunion des sections.
14 *h.* 30. — Assemblée générale.

Mercredi 31 juillet, jeudi 1er août et vendredi 2 août.

EXCURSIONS FINALES.

Première excursion : Lisieux, Trouville, Caen, Bayeux, Mont-St-Michel.
Deuxième excursion : Rouen et la région.

***

Communications annoncées :

Dr Solas. — *Stérilisateur pour daviers.*

M. Geoffroi. — A) Un cas de prothèse restauratrice pour une paralysie jugale. B) Meulage insensible des dents.

M. G. André. — Les grands chocs sur le système nerveux d'origine dentaire.

La science bienfaisante.

La science homicide.

Dr Pont. — Les dents incluses ; pathogénie et traitement.

Drs G. Boissier et A. Bouland. — 20 figures du temps jadis (documents photoscopiques relatifs à l'histoire de l'art dentaire.

M. R. Fraenkel. — 1° De l'importance d'un instrument porte-équarissoir dans le traitement des canaux dentaires.

2° Présentation d'un porte-équarissoir.

3° Présentation du Vap-inlay.

4° Présentation du porte-empreinte pour bridge.

M. Lubetzki. — Sujet réservé.

M. G. Villain. — L'orthodontie et l'orthognathie dans la pratique courante.

Dr Roy. — Les névrites pulpaires.

M. D. Martinier. — Sujet réservé.

M. Texier. — Sujet réservé.

Dr Delater. — Introduction à l'étude inflammatoire et humoraux péridentaires. Les microbes et leur terrain de culture ; les tissus mous péridentaires.

Dr Chenet. — La régénération osseuse après perte de substance étendue du maxillaire inférieur.

Dr Siffre. — Sujet réservé.

M. Gick. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire ou théorie de l'hypercalcification.

Dr Pierre Rolland. — Sujet réservé.



On trouvera au Bulletin, p. 481, tous les renseignements relatifs à l'organisation matérielle, au logement, aux transports, voyages, etc.



Pour raison de santé notre confrère M. Regard est dans l'obligation de se démettre de ses fonctions de président du Comité local de la Section d'odontologie. Il est remplacé par M. Cramer, M. Palmer restant le dévoué secrétaire de la section.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

9e *réunion annuelle* (Paris, 11-14 avril 1929)

COMPTE RENDU SUCCINCT

Après avoir souhaité la bienvenue aux confrères venus de toutes parts tant de la province que de l'étranger, le Président de la session (M. P. Tacail) brosse à grands traits le tableau de l'avenir de l'orthodontie et, envisageant divers problèmes posés par son enseignement, proclame la nécessité d'unir les efforts de tous les partis pour l'avancement de cette spécialité.

M. P. Housset, de Paris, présente des modifications aux appareils de Mershon et d'Ainsworth, consistant dans une façon particulière de souder les verrous et les ressorts auxiliaires, pour empêcher les uns et les autres d'être déglutis s'ils viennent à se détacher de l'arc ; la soudure se fait à l'extrémité d'une spirale entourant plusieurs fois l'arc.

D'autre part, l'auteur présente des appareils originaux à plan incliné pour obtenir le déplacement en avant de la mandibule.

Enfin, il montre deux dispositifs intéressants, l'un permettant d'étudier les forces mises en jeu par tous les bridges possibles sur un maxillaire quelconque, l'autre permettant de se rendre compte de la façon dont les appareils d'orthodontie agissent sur les dents d'après le point d'application de leurs forces.

M. le Prof. R. Leriche, de la Faculté de Médecine de Strasbourg, fait une conférence magistrale sur l'ostéogénèse, montrant que le rôle du squelette n'est pas seulement un rôle de soutien des parties molles, mais aussi et surtout celui d'une réserve de sels de calcium, éléments indispensables à toutes les formes d'activité humaine, intellectuelle ou physique. Cette conférence, écoutée avec la plus profonde attention, est chaleureusement applaudie et provoque dans l'assemblée le plus vif enthousiasme.

Le Dr B. de Nevrezé, de Paris, apporte une intéressante contribution à la typologie buccale. Pour lui, les individus se répartissent en trois groupes principaux d'après le sel de chaux qui domine chez eux, et on peut les diviser en carboniques, phosphoriques et fluoriques. Chaque type comporte des caractéristiques très nettes et réagit d'une façon particulière aux diverses influences extérieures.

Le Dr E. Cadenat, de Toulouse, présente un cas de prognathie supérieure, réduite par des moyens simples et montre comment la diathermie lui a facilité la contention en diminuant les bourrelets muqueux interdentaires.

Le Dr L. de Coster, de Bruxelles, continuant ses études sur la céphalométrie appliquée à l'orthopédie dento-faciale, s'attache à montrer comment la méthode des réseaux, appliquée à la mensuration de la face, permet de localiser les malformations et de se rendre compte de la portion du squelette facial qui a subi une dystrophie.

M. le Prof. O. Rubbrecht, de la Faculté de Médecine de Gand, dans une conférence lumineuse, illustrée d'un nombre imposant de projections, s'attache à éclairer d'un jour particulier l'influence de l'hérédité dans certaines malformations et remporta un vif succès.

M. C. Fay, de Bruxelles, présente un cas de vestibulo-position d'une incisive supérieure, par version coronaire. Le traitement aurait été enfantin et n'aurait certes pas mérité les honneurs de la tribune s'il n'avait pas été compliqué par l'extraction obligatoire des premières molaires profondément cariées et infectées, et totatement impossibles à sauver. L'intérêt de cette présentation réside dans la méthode originale employée par l'auteur pour déplacer en avant les secondes molaires et faire disparaître ainsi l'espace béant dû à l'extraction des premières molaires.

Le Dr L. Dufourmentel, de Paris, parle des dystrophies mandibulaires sans causes apparentes. Ayant montre que ces dystrophies peuvent frapper soit le condyle, soit son col, soit la branche montante, soit l'angle, soit enfin la branche horizontale, il insiste sur la difficulté particulière de découvrir l'étiologie dans la plupart des cas et indique que bien souvent il faut incriminer les arthrites méconnues.

M. Ch. de Graeve-Mercier, de Lille, présente les moulages de trois enfants d'une même famille, tous suceurs du pouce. Alors que chez les deux aînés il suffit d'une remontrance du père pour faire cesser l'habitude et que, la cause ayant été supprimée, l'anomalie due à cette succion du pouce disparut — chez le dernier il n'en fut pas de même et, malgré la suppression de la cause, la malformation persista.

Le Dr A. Pont, de Lyon, expose sa conception des anomalies héréditaires et peut en étudier certains types particuliers : prognathisme inférieur héréditaire ou maladie de Galippe, rétrognathisme inférieur.

Le Dr F. Watry, de Bruxelles et d'Anvers, présente une étude intéressante du côté social de l'orthopédie dento-maxillaire. Il montre l'importance de la prophylaxie des dystrophies maxillo-faciales et insiste sur l'utilité de leur correction au point de vue social, de la nécessité de prévoir de tels traitements pour ceux qui bénéficient des assurances sociales.

M. l'abbe E. Van Reeth, aumônier de la prison de Forest-Bruxelles et le *Dr F. Watry*, de Bruxelles, expliquent le fonctionnement d'un céphalognathomètre de leur invention et son utilisation pour l'inscription de schémas facio-craniaux comparables entre eux soit d'un même individu à des époques différentes, soit d'individus différents.

M. P. Goujout, de Paris, présente une malade atteinte d'une grande béance et indique la thérapeutique suivie jusque-là pour amener sa guérison.

Mlle G. L. Liger, de Paris, présente également une malade atteinte d'une anomalie complexe, dont le traitement — également fort complexe — fut favorisé par une résection alvéolaire.

Le dimanche 14 avril eut lieu, à l'Ecole Odontotechnique, la présentation de malades en traitement à cette école et à l'Ecole dentaire de Paris.

Les à-côtés de cette manifestation scientifique ne furent pas moins intéressants, à d'autres points de vue ; réception le vendredi 12 avril chez le Président, soirée artistique qui se continua fort avant dans la nuit et où se prodiguèrent amateurs et professionnels, accueillis les uns et les autres avec enthousiasme. Le dimanche 14 avril, déjeuner amical de clôture chez Ledoyen. Après quoi, l'on prit rendez-vous pour l'année prochaine à Lyon sous la présidence du Dr A. Pont.

(Communiqué du Syndicat des Journaux dentaires)

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

On trouvera au Bulletin le compte rendu de ce congrès.

CORRESPONDANCE

LES INJECTIONS ANESTHÉSIQUES INTERLIGAMENTAIRES

Nous recevons, au sujet de cette question, la lettre suivante de notre excellent collaborateur M. Huet, de Bruxelles, qu'on lira certainement avec le plus grand intérêt, car elle fixe un point historique.

Bruxelles, 3 mai 1929.

Mon cher Roy,

A la suite de votre intervention sur la priorité du procédé d'anesthésie que vous aviez attribué à Blondeel, j'ai fait quelques recherches dans la littérature et je vous en communique les résultats.

Je trouve tout d'abord que Chapot-Prévost a présenté à la Société de Médecine et de Chirurgie de Rio de Janeiro un travail intitulé « Modifications sur la technique de l'anesthésie locale spéciale pour les extractions dentaires » qui est une injection inter-odonto alvéolaire dans le périoste au moyen d'une seringue munie d'une aiguille à orifice latéral.

Ce travail a été publié dans le *Progrès Médical Belge*, du 15 octobre 1899, p. 154-157.

Je trouve ensuite dans la *Revue trimestrielle Belge de Stomatologie*, 1908, n° 4, p. 226-230, un article de Van Mosuenck intitulé « Un procédé d'anesthésie de la pulpe dentaire par injection dans l'espace interdentaire».

Je trouve la description du procédé Pitot Quintin dans l'*Odontologie* 15 août 1908, ainsi que la discussion de priorité du procédé à la suite de la communication de Dreyfus et Vanel dans l'*Odontologie* du 30 janvier 1909.

Quant à l'anesthésie pulpaire par compression, je la vois consignée dans un article du *Dental Cosmos* analysé par le Laboratoire du 5 septembre 1909 et dont le père serait le Dr Frank H. Kelly.

Les numéros de l'*Odontologie* où ont dû paraître les articles de Touchard, qui revendique la priorité de l'anesthésie pulpaire (15 septembre 1906 et ... 1903) ne se trouvent pas au Centre documentaire de la F. D. I., ce qui m'empêche de vous donner plus de précisions.

Bien amicalement à vous.

Emile HUET.

EN MARGE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA « PYORRHÉE ALVÉOLAIRE »

Nous publions pour clôturer ce débat la lettre suivante que nous recevons de M. Hulin en réponse à la deuxième lettre ouverte de M. Delater.

La compréhension différente de phénomènes identiques est souvent la cause d'une contradiction ; aussi nous gagnerons, en effet, à déterminer d'une façon précise, la valeur intrinsèque de tous les facteurs invoqués par chacun de nous, comme responsables de l'état pyorrhéique. Nous pourrons examiner ensuite, à la clarté des faits simplifiés la valeur de la contradiction.

Quittons donc d'un commun accord le terrain des banalités et de la vulgarisation, ne jouons plus avec la métaphore hyperbolique, rapprochons-nous le plus près possible de la source génératrice qui commande, règle, les problèmes qui nous intéressent. Elargissons le débat et soulevons le voile qui recouvre encore en partie les fondements mathématiques de ce problème, et tâchons, sinon de le résoudre, du moins de le comprendre au moyen de toutes les données que nous fournit généreusement la science moderne.

Quittons ensemble l'oculaire du microscope et regardons au delà du champ limité de ce dernier, et considérons en une esquisse rapide, le problème dans toute son étendue.

Nous assistons, en spectateurs intéressés, puisque nous faisons les frais de la farce, à la lutte qui semble opposer dans la nature, les deux grandes forces fondamentales de la biologie, l'une toute de synthèse, *constructive*, l'autre de réduction, *destructive* ; l'une complétant l'autre et s'équilibrant toutes deux en tendant au même but : la perpétuation de la vie.

En effet, on ne peut imaginer un monde en perpétuelle construction moléculaire, sans apport de matériaux frais. Or la quantité de ces matériaux est limitée ici-bas. Il faut donc qu'éternellement ce qui a été construit soit aussi détruit, pour resservir ensuite, puzzle gigantesque, à cette formation sans fin de substance vivante.

Or, le mécanisme de ces synthèses et de ces destructions se renouvelle constamment et selon le même mode, il obéit aux mêmes lois immuables, aux mêmes règles, et quoique ayant pour facteurs les agents les plus divers, ceux-ci agissent par les mêmes fonctions.

Catalyseurs chimiques ou bio-chimiques de synthèse ou de réduction, bactéries saprophytes de synthèse ou bactéries pathogènes de réduction, ou d'oxydation, banale réaction physico-chimique constructive ou destructive, toutes forces naturelles concourent au même but et agissent par *les mêmes moyens.*

Vous avez choisi le *microbe*, il représente pour vous le dogme intangible auquel doivent être inféodées toutes les manifestations pathologiques, soit..., voyons donc alors sa nature, son mécanisme, ses nécessités biologiques, son rôle dans la nature et ses moyens d'action.

Vous vous érigez, en défenseur du microbe, selon la morphologie et la biologie classiques: Vous tenez à lui conserver la responsabilité absolue dans l'évolution de la maladie. — Moi, je ne lui méconnais pas son rôle néfaste, soyez-en assuré, mais pour moi, ce rôle *chimico-physique* n'est pas son apanage *exclusif*. Je lui trouve des caractères communs avec *un grand nombre* de substances connues bien étudiées. Vous l'appelez *microbe*, je l'appelle *albumine*. Vous dites *toxines*, *virulence*, je réponds *antagonisme colloïdal* ! Vous marquez une époque, ma tendance m'entraîne vers l'orée d'une autre.

Un microbe, c'est une cellule, cellule vivante, par conséquent, à protoplasma composé de substances albuminoïdes *colloïdales*, et dont le rôle biologique se résume à la destruction de la matière protéique *colloïdale*, et à sa réduction en ses éléments fondamentaux, réalisant ainsi la synthèse de son propre protoplasma et assurant sa descendance.

Phénomène colloïdal... disloquant la molécule d'albumine qui aboutit à la formation de corps inorganiques, ammoniaque, hydrogène sulfuré, methane, acide carbonique, hydrogène et azote en passant par les albumoses, les peptones, les corps amidés, les corps aromatiques, tels que l'indol, les corps gras aliphatiques, les carbacides. Saprophyte, le microbe agit au moyen de sa masse protoplasmique et de ses sécrétions. Pathogène, au moyen de ses toxines ; masse, sécrétions égale *albuminoïde* ; toxines égale corps très voisins des albuminoïdes puisqu'ils en donnent toutes les réactions, et qu'ils prennent en solution *l'état colloïdal*, état toujours lié à la présence de « grosses molécules » et entrant dans la catégorie des « antigènes », c'est-à-dire qu'ils sont capables d'engendrer dans l'organisme la production d'autres substances, *colloïdales aussi*, les « anticorps ». Ou bien encore, que le microbe, agissant directement par décarboxylation sur la molécule protéique, et d'acides aminés fasse sortir des bases toxiques (amines), que de Tyrosine, par exemple, il engendre, par perte de CO_2, la tyramine, tel que le fait le bactérium coli, au contact des matières *protéiques* intestinales, c'est encore et toujours à la faveur d'une réaction *colloïdale*, entre deux substances protéiques également *colloïdales*.

Que le microbe agisse sur la molécule albuminoïde entière, ou sur ses fragments, comme dans le groupe ornithine ou lysine, et qu'il en fasse de la putrescine ou tétramétylène-diamine, ou de la cadavérine ou pentamétylène-diamine, toutes deux ptomaïnes redoutables, c'est encore par le même mécanisme *colloïdal* qu'il agit.

Que le microbe exerce son pouvoir de synthèse protoplasmique, ou qu'il élabore une toxine albuminoïdique (toxalbumine du choléra), même au dépens de solutions nutritives exclusivement minérales (cristalloïdes), c'est toujours par le *passage à l'état colloïdal* que ces substances agissent, et sous cette forme seule qu'elles agissent, et au moyen des lois qui régissent l'équilibre de ces substances.

Nous ne connaissons pas la nature intime des toxines..., mais nous savons que, comme les substances protéiques colloïdales, elles ont un poids moléculaire très élevé, et qu'elles agissent aussi par action de surface, absorption, phénomène physique. Or, nous savons aussi, ce qui explique ce mécanisme, que le coefficient de diffusion des substances colloïdales est inversement proportionnel au poids moléculaire du corps diffusé, et que le pouvoir toxique ou de défense, vu la réversibilité de ces combinaisons, dépend de l'intensité de la dissociation des particules ioniques chargées d'électricité *plus* ou *moins*, et que cette dissociation ionique est proportionnelle à la concentration moléculaire de la solution. Lois auxquelles n'importe quelle substance ayant le groupement *colloïdal*, ne peut échapper, que nous prenions une toxine microbienne ou une *albumine grossière*, telle que *l'ovalbumine du blanc d'œuf*.

Or, sur quels milieux agissent les microbes et leurs toxines... *milieu essentiellement colloïdal*, qu'ils agissent en surface ou en profondeur, ce sera toujours l'antagonisme colloïdal régi par des lois mathématiques, qui déterminera le sens de la réaction : *construction-destruction*.

Que nous prenions les réactions dites de défense de l'organisme, et que nous examinions ces réactions de près, nous les voyons s'éclairer d'un jour nouveau, et nous pouvons les identifier encore à une *réaction colloïdale*, que ce soit le chimiotactisme des leucocytes, par exemple, nous sommes invinciblement ramenés à considérer cette fonction comme une réaction colloïdale non-destructive, puisque nous savons :

1° Que les substances protéiques au sein desquelles se passe le phénomène, sont constituées par une association moléculaire d'acides animés, ayant comme nous l'avons déjà dit *l'architecture colloïdale* ;

2° Que justement les substances influençant ce chimiotactisme dans un sens ou dans l'autre, et que Metchnokoff nomma des stimulines, ne sont autres que de banales combinaisons *d'acidalbumines*, c'est-à-dire de molécules d'albumines colloïdales sur lesquelles viennent se fixer un certain nombre d'ions H. Or, nous savons aussi, que le maintien en équilibre de l'architecture colloïdale se réalise, comme nous l'avons dit tout à l'heure pour le mode d'action des toxines, à la faveur d'un équilibre ionique, équilibre qui peut être rompu par le seul déplacement d'un ion H par exemple, entraînant des modifications structurales qui changent les propriétés du colloïde, alias sérum sanguin.

Mécanisme que l'on peut reproduire expérimentalement en faisant

réagir des substances colloïdales déterminées *électriquement*, sur d'autres substances également colloïdales et qui se floculent mutuellement.

Il en est de même des alexines, opsonines, bactériolysines, qui toutes ont un caractère colloïdal, à groupement moléculaire et ionique déterminé agissant sur les colloïdes du protoplasma microbien, détruisant son architecture micellaire, paralysant ainsi la production de colloïdes antagonistes (toxines), et préparant la désagrégation moléculaire du microbe, que l'on retrouve ensuite sous forme de fragments moléculaires allant du groupe Glycocolle au groupe Glycosamine, en passant par tous les termes intermédiaires du clivage habituel aux groupements *albuminoïdiques*, exactement comme si ces fragments provenaient *d'albumines banales alimentaires ou autres*.

Nous venons de nous rendre compte de la complexité du problème, et nous avons vu que les microbes *eux aussi* agissaient exactement comme nous avons agi au moyen du *blanc d'œuf*, substance *albuminoïde* colloïdale ; et nos expériences démontrent que l'on peut déterminer *in vivo* des troubles vitaux généraux ou cellulaires, dégénérant rapidement en mortification cellulaire ou nécrobiose, *uniquement* en faisant agir l'antagonisme colloïdal sans *le secours microbien*. Puisque nous avons vu des lésions éclore au point de contact des colloïdes antagonistes, et que nous avons pris une albumine qui, pour n'être pas microbienne, puisque c'est de l'œuf, n'en avait pas moins la même famille, le même groupement moléculaire et la même action, puisqu'elle a pu déterminer une porte d'entrée dans les téguments, alors que les microbes seuls, dans le cas de pyorrhée, ne peuvent ouvrir cette barrière épithéliale, et que pour cette fois ils sont tout heureux de trouver ouverte.

Que cette réaction se passe en un lieu anatomique favorable à l'évolution de tels phénomènes, que nous ayons UN ÉTAT GÉNÉRAL RÉCEPTIF des particularités anatomiques, telles que le triangle interdentaire, réalisant *la stase*, un sillon cervico-coronaire toujours en contact avec des substances *albuminoïdes colloïdales*, et nous réaliserons la première phase de la pyorrhée alvéolaire, c'est-à-dire la rupture de la barrière épithéliale, à la faveur de laquelle les *albumines-microbes* adjoindront leur action destructive aux *albumines-inertes* en contact avec ces tissus.

Nous voici donc au terme de nos investigations. Si nous jetons nos regards en arrière, nous pouvons voir que nos thèses sont sur la même voie sans toutefois que l'une atteigne l'autre. Si au cours de mes expériences j'ai utilisé de l'ovalbumine, c'est parce que c'était commode, je l'ai utilisée à dose massive pour avoir rapidement de belles lésions, et ma foi, qui peut le plus peut le moins, et il a bien fallu que mes lésions aient un commencement, c'est du reste à la faveur de ce commencement que nos microbes s'installent, fabriquent des albumines qui démolissent les albumines environnantes, ou sont démolies par celles-ci,

ces agents utilisent pour manifester leur activité le même mécanisme d'action qui fait agir les albumines d'œuf, de viande, de légume, etc., etc...

Dans la pyorrhée alvéolaire, les *albumines-inertes* et les *albumines-microbes* agissent par simple contact pour déterminer la lésion d'attaque, parce que l'organisme a déjà subi l'intrusion de ces substances, intrusion qui s'est faite en un point quelconque de l'organisme, foie, intestin, rein, poumon, muqueuse.

Une lésion « pyorrhéique » se développera si ce point de contact (secondaire à la sensibilisation) se réalise au niveau *des dents*, et la lésion sera inégalement développée selon la spécificité plus ou moins absolue des albumines hétérogènes en contact avec l'épithélium. Si ce contact se réalise au niveau du nez, nous aurons le rhume des foins, au niveau du poumon, de l'asthme, dans le sang à la faveur d'un foie defficient, de l'urticaire, etc., etc...

Si, le contact des *albumines-microbes* et des *albumines-inertes* se réalise à la faveur du lieu anatomique sur un épithélium appartenant à un individu « *qui n'est pas sensibilisé à celles-ci* » dont les humeurs n'ont pas déjà été en contact intime avec elles, nous aurons une gingivite banale, guérissant par l'antisepsie et le nettoyage mécanique.

La lésion microscopique de cette gingivite banale ressemblera pourtant comme une sœur à *la lésion microscopique de la pyorrhée*, même si nous les prenons au même stade d'évolution, mais ce que le microscope ne révélera pas, c'est l'état d'instabilité colloïdale des micelles cellulaires qui existe dans la pyorrhée, et qui n'existe pas dans la gingivite banale. Les expériences que nous vous avons montrées le prouvent.

Voilà ce qui explique assez clairement pourquoi nous avons des gingivites qui guérissent sous l'influence du traitement antiseptique local seul, et d'autres qui ne guérissent qu'avec l'élimination de la cause rétentive des albumines hétérogènes, c'est-à-dire avec la chute de la dent.

Vous me demandez de guérir la pyorrhée par la seule intervention sur l'état général, à seule fin de vous prouver la part prise par celui-ci dans l'évolution de la maladie.

Ce serait parfait comme raisonnement s'il *n'y avait des lésions locales constituées*, lésions qu'il faut faire disparaître pour supprimer des *sensibilisations nouvelles* possibles.

Ceci dit, nous pouvons donc conclure, et c'est là le but de ma réponse, que toute la pathologie générale et spéciale peut être considérée comme la résultante de l'antagonisme colloïdal, se manifestant au sein de la matière organisée et prenant des noms différents selon le lieu de la rencontre.

HULIN.

BIBLIOGRAPHIE

Dr A. Pont. — **Précis des maladies des dents et de la bouche** (Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris).

La collection Testut vient de s'enrichir d'une deuxième édition du *Précis des maladies des dents et de la bouche*, due à notre confrère le Dr Albéric Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

La première avait été publiée en 1920.

Le plan de l'ouvrage n'a pas été changé ; il se distingue, comme tous les travaux de l'auteur, par la clarté et la méthode. Un certain nombre de chapitres ont été remaniés, notamment ceux des fractures des maxillaires, de la prothèse restauratrice. Les idées nouvelles en histologie dentaire et en pathologie buccale y sont exposées.

M. Pont y a ajouté un chapitre sur l'électricité et son utilisation en stomatologie, subdivisé en quatre articles : considérations générales, radiographie, courants de haute fréquence, rayons ultra-violets.

Ce précis contient tout ce qui est nécessaire aux étudiants en chirurgie dentaire pour la préparation de leurs examens et c'est un excellent livre pédagogique dont nous ne saurions trop recommander la lecture.

Dr A. Bouland. — **Modèles de conventions courantes en pratique dentaire.**

Avec une préface de M. E. H. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Toulouse, M. Bouland a eu l'heureuse idée de condenser en un volume de 150 pages, édité par la *Semaine dentaire*, des modèles de contrats et de conventions, accompagnés de conseils et d'indications juridiques, sur les cessions de cabinets, associations, sociétés, remplacements, contrats de travail et d'apprentissage, conventions diverses.

Ce petit ouvrage est d'une utilité pratique incontestable.

49e ANNÉE No 6 30 JUIN 1929 VOL. LXVII

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Conseil d'administration.

Réunion du 14 *mai* 1929.

PRÉSIDENCE DE M. H. VILLAIN

La séance est ouverte à 8 h. 3/4 du soir.

Présents : MM. Audy, Boudy, Brenot, Brochier, Brodhurst, Cernéa, Debray, Mlle Delarbre ; MM. Drain, Gonon, Haloua, Lalement, Thil, Vasserot, G. Viau, G. Villain.

Excusés : MM. Crocé-Spinelli, malade ; Dr Pont, empêché.

Le Président salue l'entrée au Conseil de MM. Brenot et Brochier, disposés à lui apporter leur concours.

Il est donné lecture du procès-verbal des séances :

1o Du Conseil d'administration du 6 avril ;

2o Du Conseil d'administration du 7 avril, qui sont approuvés.

Il est décidé que l'annuaire de l'Association sera préparé dès octobre pour paraître en janvier.

3o De la correspondance qui comprend entre autres :

Une lettre de M. Courcelle relative à une question d'exercice illégal. — Renvoyée à la Commission syndicale.

Une lettre-circulaire du Syndicat dentaire du Centre-Ouest de la France relative aux assurances sociales.

Une lettre de M. Bozo relative à la Semaine Odontologique.

Une lettre de remerciements de *M. Blatter* pour sa nomination de président honoraire.

Un compte rendu de l'assemblée générale de l'Association française des chirurgiens-dentistes.

Une demande de la F. D. N. relative au nombre des membres de l'Association et à la désignation de ses délégués.

Sont désignés : MM. Audy, Boudy, Brenot, Brochier, Brodhurst, Cernéa, Chastel, Crocé-Spinelli, Mlle Delarbre ; MM. Debray, Drain,

Eustache, Gonon, Haloua, Lalement, Menant, Miégeville, Thil, Vasserot, L. Viau, H. Villain.

Des lettres d'invitation de MM. Piguet et Jaccard au Congrès de la Société odontologique suisse.

MM. Audy, Brodhurst, H. Villain sont désignés pour y représenter l'Association.

Les propositions suivantes sont faites pour la réunion commune des deux Conseils (École et Association) du 14 mai 1929 :

Comité de rédaction de l'*Odontologie* : MM. Dreyfus, P. Housset, Miégeville, Morineau, L. Viau, H. Villain. — Approuvé.

Le Président rend compte des résultats financiers de la Semaine Odontologique.

Sur la proposition de *M. Brodhurst*, des félicitations et des remerciements sont adressés au Comité et en particulier à M. H. Villain.

Sur la proposition du *Président*, sont désignés comme membres de ce Comité : pour l'Association, en vue de la Semaine Odontologique de 1930 : MM. Brochier, Cernéa, Crocé-Spinelli, Debray, Haloua, H. Villain.

Sur la proposition du Conseil de famille onze candidats sont admis dans l'Association.

La séance est levée à 9 h. 3/4.

Le Secrétaire général,
A. DEBRAY.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par décision du Conseil d'Administration en date du 11 juin 1929, il sera ouvert, à la rentrée d'octobre, un concours pour un poste de professeur suppléant de prothèse restauratrice.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MANIFESTATION DE SYMPATHIE

Nous avons annoncé dans notre fascicule de novembre dernier qu'un Comité formé d'un groupe d'amis, d'élèves et d'anciens élèves de M. le Dr Frey avait décidé d'offrir à ce dernier une plaquette commémorative à l'occasion de son départ de l'hospice de Bicêtre.

Cette manifestation a eu lieu le dimanche 26 mai, à 4 heures de l'après-midi, au domicile professionnel de M. Frey. Environ 80 personnes étaient présentes, notamment le Dr Bercher, chef du Service de stomatologie à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, Dr Chompret ; MM. Blatter, Legros, G. Lemerle, G. Viau, G. Villain, représentant l'Ecole dentaire de Paris ; Mme G. Villain ; Mme Frey ; M. Raton, de l'Ecole dentaire de Lyon, représentant le Dr Quintero ; Dr Beltrami, directeur de l'Ecole dentaire de Marseille, etc.

Mme Roche-Marouzée a rappelé les services rendus par M. Frey pendant son long séjour à Bicêtre, les nombreux élèves qui ont suivi ses leçons et lui a remis une plaquette offerte par souscription.

M. Raton a félicité M. Frey de sa belle carrière.

M. Legros, au nom des anciens collaborateurs de ce dernier au Val-de-Grâce, a évoqué, à son tour, les grands services rendus par M. Frey pendant la guerre comme chef du Centre maxillo-facial dans cet hôpital.

M. Bercher a signalé les nombreux travaux scientifiques de M. Frey.

Celui-ci a répondu aimablement qu'on lui attribuait trop de mérites et que c'est à ses collaborateurs qu'il fallait en faire remonter l'honneur et parmi ces derniers il a cité notamment MM. G. Lemerle, Legros, de Nevrezé, Raton, Ruppe, G. et H. Villain, qu'il a remerciés, en exprimant sa reconnaissance du souvenir qui lui était offert.

Une coupe de champagne a été vidée en son honneur et la cérémonie, tout intime, a pris fin à 5 heures et demie.

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES

LE Vᵉ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Londres, 6 au 11 mai 1929)

PAR WINTERGERST, DENTISTE MILITAIRE DE 1re CLASSE DE RÉSERVE.
Secrétaire général de l'Amicale des dentistes des Armées de terre et de mer.

De nombreux confrères avaient, cette année, pris la décision d'assister au Congrès. Partis le dimanche 5 mai, certains d'entre nous par Boulogne, Dunkerque ou Dieppe, la plupart par Calais, notre voyage est sans histoire. Il est vrai qu'avec la rapidité actuelle des communications, on se rend à Londres en quelques heures seulement.

Le temps n'était, hélas, pas particulièrement favorable et, notre confrère Charlet fut certainement le plus qualifié pour en apprécier l'inclémence, ayant choisi la voie des airs pour effectuer le parcours.

Les dimanches anglais sont extrêmement mornes et la physionomie de Londres toute spéciale ; les magasins sont hermétiquement clos et la circulation, pourtant si intense au cours de la semaine, est, ce jour-là, réduite à sa plus simple expression.

Le Regent-Palace Hôtel, situé en plein centre dans Piccadilly-Circus, devait nous héberger pendant notre séjour, ainsi que la plupart des Congressistes français et étrangers.

Le lundi 6 mai.

Nous nous rendons à la « British Medical Association House », à Tavistock Square, vaste bâtiment qui avait été réservé au Congrès et nous y retirons nos pochettes individuelles qui contenaient les différents programmes, plans et cartons d'invitations pour toutes les séances, réceptions et cérémonies de la semaine.

A 11 heures 30, avait lieu la visite des délégués et membres du Congrès au Soldat Inconnu qui repose sous une dalle à l'intérieur de l'abbaye de Westminster. Ce monument qui est réellement une splendeur, exprime à lui seul, la grandeur de la Nation Britannique et dénote son remarquable esprit de tradition.

Vouloir décrire les merveilles accumulées à l'intérieur de Westminster serait singulièrement vain et ma modeste plume n'oserait certes, le tenter. Je crois qu'il n'existe rien au monde de semblable. Tous ces magnifiques tombeaux de Monarques et de grands Capitaines des siècles passés, ces vitraux aux coloris si doux au travers desquels une lumière très délica-

tement tamisée, baigne doucement une architecture d'une pureté de ligne unique, laissent aux visiteurs, une impression de grandeur et de majesté inoubliables. Une magnifique couronne, ornée de rubans aux couleurs des drapeaux des différentes nations participantes, fut déposée par les chefs de Délégations et après quelques minutes de recueillement eut lieu la dislocation.

A 15 heures : ouverture officielle du Congrès à la British Medical Association House.

La grande salle des Séances était superbement décorée de drapeaux, de plantes vertes et d'un remarquable choix de fleurs aux fins coloris.

Sur une vaste estrade étaient assis, auprès du représentant du Gouvernement : le Président du Congrès et les chefs des Délégations. Tous les discours furent diffusés dans la salle à l'aide d'un haut-parleur.

Le coup d'œil d'ensemble des uniformes des quarante et quelques Nations représentées était extrêmement imposant. Il y avait, paraît-il, cette année, mille huit cents congressistes inscrits, dont trois cents pour notre seul pays, ce qui fait de ce Ve Congrès, le plus important au point de vue numérique, et de beaucoup par rapport aux précédents.

Le secrétaire d'Etat à la Guerre, Sir Worthington Evans, après avoir prononcé quelques mots de bienvenue, déclara ouvert le Ve Congrès.

Prirent ensuite successivement la parole :

Le médecin lieutenant général Péarth, président du Congrès ;

Le doyen de la Faculté de Médecine de Londres ;

Le médecin inspecteur général Lannes, chef de la Délégation française et le médecin général Ruppert, chef de la Délégation polonaise, président du précédent Congrès.

Ensuite fut inaugurée l'exposition du matériel du service de Santé militaire qui était installée dans plusieurs salles du bâtiment et qui comportait une petite section dentaire.

A 22 heures avait lieu la réception officielle du Gouvernement à Lancaster-House (Musée de Londres qui contient des collections remarquables de costumes des XVe, XVIe et XVIIe siècles).

Les congressistes étaient reçus, après avoir gravi les marches de l'escalier d'honneur, par Sir et Lady Worthington Evans ; un orchestre se fit entendre et un buffet était dressé dans un des salons.

Le mardi, 7 mai.

A 9 heures 30 : Lecture du rapport suivant :

« Evacuation des malades et blessés par eau et par air » ;

« Rôle des Services médicaux dans les opérations combinées » ;

Rapporteurs : Lieutenant colonel Elder (Grande-Bretagne).

Capitaine Wells (Grande-Bretagne).

Médecin en chef de 1re classe Oudart (France).

L'après-midi était réservée à la visite du camp d'Aldershot, situé à environ 60 kilomètres de Londres.

Le départ eut lieu à 13 heures 30 en auto-cars, un car spécial était réservé à la section dentaire sous la conduite du commandant dentiste, Wood. Le parcours, qui comportait la traversée de nombreuses petites villes, fut très attrayant; le charme de la campagne anglaise si verdoyante est connu et la région de Richmond, située au bord de la Tamise, fut particulièrement très remarquée.

A l'arrivée vers 15 heures, nous fûmes aiguillés directement vers les services dentaires qui occupent un bâtiment assez important à l'intérieur même du camp qui est une véritable petite ville. Reçu par le colonel dentiste chef du Centre, je le priai de m'éclairer sur la situation des dentistes dans l'armée anglaise.

Ces officiers font les mêmes études et dans les mêmes écoles que les futurs dentistes civils jusqu'à l'obtention de la Licence dentaire (L. D. S.) soit quatre années d'études, ensuite ils passent un examen d'entrée et font un stage d'un an dans une école d'instruction militaire générale pour officiers.

L'Armée anglaise compte 150 dentistes militaires de carrière. Il y a, au point de vue hiérarchique, un colonel et quatre lieutenants-colonels; un examen est obligatoire pour concourir au grade de capitaine. A partir de ce grade, l'avancement se fait au choix.

Le service dentaire du camp ne nous a pas semblé présenter un intérêt particulier. Les dentistes qui y sont attachés font un examen général des soldats au début de l'année. Ceux-ci sont soignés au cours des mois suivants et une fiche dentaire en règle est placée dans le livret individuel du soldat.

La seule chose originale qui soit à noter est l'existence d'un Laboratoire-école attaché au Service. Les mécaniciens pour dentistes sont des soldats pris parmi les engagés dans l'Armée. Ils sont instruits par les officiers dentistes et font un stage de trois années sous leur surveillance avant d'être définitivement titularisés dans cette fonction spéciale.

A l'issue de cette visite d'inspection, nous fîmes une rapide promenade à travers les différents bâtiments médicaux du camp, et dans le camp même où on nous montra différents procédés de stérilisation parmi lesquels nous avons remarqué surtout ceux réservés à l'eau et au thé.

Enfin avant de remonter dans nos cars, on nous conduisit vers le terrain de jeu auprès duquel une réception avait été organisée en l'honneur des visiteurs. Sous une vaste tente, un buffet imposant était servi et, tandis qu'une musique se faisait entendre, nous assistâmes à une exhibition tout à fait remarquable de gymnastique et d'acrobatie par des mem-

bres sélectionnés de l'Ecole d'entraînement physique de l'Armée dirigés par leurs moniteurs.

A 21 heures : réception au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre avec orchestre militaire et buffet.

Nous y visitâmes un très beau muséum de paléontologie et nous fûmes particulièrement intéressés par des collections superbes de cires de guerre et reconstitutions, ayant trait aux blessures de la face et des maxillaires et à leurs restaurations.

A noter également un choix très important de modèles d'anomalies dentaires et une belle collection d'instruments anciens.

Le mercredi 8 *mai.*

La journée était réservée à une visite à Portsmouth, le plus grand port de guerre de l'Angleterre. Départ à 10 heures du matin de Waterloo, station par deux trains directs spéciaux sous le contrôle de l'actif secrétaire du Congrès, le major Striling. Arrivée à Portsmouth à midi.

Les délégués officiels et principaux congressistes furent reçus dans la salle d'honneur de l'Hôtel de Ville par le lord Maire. Des tables avaient été dressées pour un lunch monstre de huit cents couverts. Pendant le banquet, audition d'orgue et concert instrumental par la musique de la Flotte.

Au champagne, le lord Maire prit la parole pour souhaiter la bienvenue aux congressistes.

Le médecin général Lerevillois, pour la France, et le principal délégué américain prononcèrent ensuite quelques mots de remerciements.

Enfin le premier chirurgien amiral de la Flotte Britannique prononça également une courte allocution.

Les congressistes furent ensuite transportés aux Docks par tramways.

Le clou de l'excursion était sans contredit la visite d'une remarquable reproduction du vaisseau « Le Victory » sur lequel combattit et mourut Nelson, le brillant adversaire de nos aïeux, auquel ses compatriotes ont voué un culte légendaire. Ce vaisseau était armé de 140 canons. Certaines parties du véritable bâtiment ont été pieusement conservées et replacées en leurs exactes positions sur la reproduction.

On parcourut ensuite rapidement le musée maritime où sont conservées de nombreuses reliques du grand marin et bon nombre de maquettes et de tableaux ayant trait à la marine à travers les âges.

Nous visitâmes ensuite le cuirassé « Hood » un des plus grands du monde. Le géant des Mers était à quai. On fixa plus particulièrement notre attention sur les services de chirurgie et d'infirmerie installés d'une façon extrêmement moderne.

Il existe, ainsi qu'en France, un cabinet dentaire à bord des cuirassés amiraux.

L'autre groupe des congressistes, après avoir lunché au Cercle des officiers, visita une base de sous-marins et l'hôpital Royal Maritime qui possède, paraît-il, un Service dentaire.

A 17 heures 30, nous retrouvâmes nos trains spéciaux; le thé nous attendait servi dans chaque compartiment, attention aimable qui abrégea beaucoup la longueur du voyage du retour, et nous arrivâmes à Londres à 19 heures 30.

Le jeudi 9 mai.

A 9 heures 30, lecture du rapport suivant : « Les fièvres tropicales de courte durée ».

Rapporteurs : lieutenant colonel, Mac Arthur (Grande-Bretagne) et Médecin officier de 1re classe Cl. Girards (Hollande).

C'est cette matinée qui avait été réservée par nos confrères anglais pour notre visite au Guy's Hospital qui renferme l'École de médecine et une des Écoles dentaires.

Cet Hôpital est un des plus vastes et des plus anciens de Londres ; il fut construit en 1725 et l'Ecole dentaire y fut créée en 1875. Il possède 400 lits. Y sont inscrits un millier d'étudiants, dont 300 pour l'Ecole dentaire (réservée uniquement aux jeunes gens). Il existe, paraît-il, cinq écoles dentaires à Londres, les autres sont mixtes.

La durée des études en chirurgie dentaire est de quatre années, dont deux de stage.

Reçus fort aimablement par le directeur de l'hôpital, nos confrères nous firent ensuite passer dans les différents services de l'Ecole dentaire qui occupe un pavillon à part.

Au rez-de-chaussée : salle d'attente des patients et service important de radiographie. Les Anglais, plus que nous peut-être, sont hantés par le danger de « l'infection focale » et cette crainte se traduit par l'abandon à peu près total des travaux de bridges et couronnes, résultat, nous semble-t-il, quelque peu inattendu et assez arbitraire.

Ils l'expliquent d'une part par la raison qu'à leur point de vue, les bagues, toujours imparfaitement ajustées, provoquent une irritation habituelle du ligament et d'autre part par ce fait que l'asepsie absolue des dents étant irréalisable, ils n'envisagent pas l'application du traitement conservateur des dents mortes.

Aussi à notre grand étonnement à nous Français, chez qui les écoles rivalisent de perfectionnement dans la mise au point des services de bridges et de couronnes : en Angleterre (tout au moins dans cette Ecole du Guy's Hospital) il n'existe pas de clinique pour cet enseignement spécial !

Au 1er étage : grand laboratoire de prothèse favorisé, ainsi que la salle de dentisterie, par une excellente lumière, et salle de quatorze fauteuils

reservés aux prises d'empreintes, essayages, mise en bouche des appareils et retouches.

Au 2e étage, vaste salle de dentisterie opératoire contenant 150 fauteuils : installation assez moyenne, quoique moderne ; une salle spéciale, plus petite, est réservée au traitement des enfants. Enfin deux cabinets existent pour les démonstrations des professeurs, avec un fauteuil dans chaque cabinet, en partie entouré par une estrade sur laquelle se placent les étudiants qui suivent les démonstrations. Un des coins d'une de ces salles, organisé à cet effet, sert de laboratoire pour les examens microscopiques.

Il y a une moyenne de 50 nouveaux consultants par jour. Les opérations sont légèrement rétribuées, sauf en ce qui concerne les indigents qui bénéficient de la gratuité des soins.

Le directeur de l'école est appointé et sa présence journalière. Il ne fait aucune clientèle privée. Le corps enseignant est en partie bénévole, et en partie rétribué.

On nous fit ensuite visiter quelques services de l'Ecole de médecine.

La salle de dissection est commune aux deux sortes d'étudiants. Les élèves dentistes y font un stage de 6 mois (dissection de la tête et du bras).

A noter une belle bibliothèque commune également et un intéressant musée médical qui contient des pièces de cires (reproductions de dissections) absolument remarquables et uniques.

Dans un autre bâtiment de la Faculté, il y a au rez-de-chaussée une très vaste salle dans laquelle se fait le triage des consultants, y compris les dentaires.

C'est dans ce bâtiment chirurgical que se trouvent les cliniques de chirurgie dentaire. Il existe deux services communiquants, l'un pour l'anesthésie générale, très répandue en Angleterre, pour ce qui touche notre spécialité (protoxyde d'azote et chlorure d'étyhle), l'autre pour l'anesthésie locale.

A 21 heures, réception à l'Ecole de médecine militaire royale, par le colonel Douglas, commandant l'Ecole.

Visite des laboratoires d'hygiène et de pathologie, de la bibliothèque contenant de très anciens ouvrages de médecine, dont certains datent de plus de 300 ans, visite du muséum où se trouvent une très complète collection de reptiles et également une importante collection anthropométrique

Nous avons remarqué dans un lot de vieux instruments de chirurgie, la trousse dentaire de Napoléon, ayant servi à Sainte-Hélène.

Un de nos confrères avait exposé une amusante maquette — étude d'une très moderne voiture de stomatologie.

Le vendredi 10 mai.

A 9 heures 30, le programme général comportait la lecture des rapports suivants :

« Blessures des vaisseaux sanguins et leurs séquelles ».

Rapporteurs : Le lieutenant colonel de la Cour (Grande-Bretagne) et le major médecin, Voncken (Belgique).

« L'Analyse physique et chimique des objets de verre et de caoutchouc employés par le corps médical ».

Rapporteurs : le chirurgien commandant, Lewis Smith (Grande-Bretagne) et le pharmacien major, Don Luis-Maiz Eleicegui (Espagne).

C'est également ce jour-là qu'avait lieu la séance officielle de la Section dentaire, dont voici le compte rendu :

La Section dentaire s'est réunie le vendredi 10 mai 1929, à 10 heures du matin, au Bâtiment de la British Dental Association, sous la présidence du colonel dentiste, J. P. Helliwel, Assistant director general, War Office, en l'absence momentanée du Président de la Dental Association.

La question officielle à l'ordre du jour était la suivante : « l'état de la denture et l'aptitude au Service militaire ; pays rapporteurs : la Grande-Bretagne et Cuba ».

Après quelques mots de bienvenue, le Président donna la parole au capitaine Wood (Army dental Corps) pour la lecture de sa communication ;

« L'état de la denture en relation avec l'aptidude aux différents services militaires ».

Une communication sur le même sujet fut développée en langue espagnole par le délégué dentiste cubain, Capitaine Clark y Mascaro.

La 3e communication du major Mac Callan du Westminster and Royal Eye Hopital avait pour titre :

« Danger de l'asepsie des dents signalée dans les yeux ».

Une communication devait être présentée par le commandant (médecin) Carriés, chef du Service de stomatologie de Marseille ; en son absence, un de ses confrères donna lecture de ses conclusions :

« Conditions d'aptitude physique au point de vue dentaire dans l'armée française. »

En l'absence de notre confrère Charlet, l'un de nous donna lecture de sa communication : « L'état de la denture et l'aptitude physique du personnel navigant de l'Aéronautique militaire » (sera publiée).

Enfin une dernière communication fut présentée par le colonel dentiste Helliwell ; elle avait pour titre :

« Relations entre les maladies dentaires et la santé dans l'armée ».

Une discussion s'engagea ensuite sur l'ensemble de ces rapports, y

prirent part le Dr Watry (Belgique), le Dr Wagger (Grande-Bretagne), le Dr Boissier et M. Filderman (France).

Enfin le Président de la Dental Association, M. Rippon, arrivé au cours de la séance, prit la parole pour féliciter les rapporteurs de leurs intéressants travaux et souhaita la bienvenue aux congressistes.

Les conclusions furent les suivantes :

La Section dentaire réunie le vendredi 10 mai 1929 (Grande-Bretagne, France, Belgique, Pologne et Cuba) émet le vœu suivant :

Considérant que la notion des relations existantes entre l'état de la denture et l'aptitude physique au Service militaire est généralement établie, il serait désirable :

1° Qu'il soit exigé comme condition d'admission dans les unités combattantes un standard d'aptitude dentaire et que des mesures soient prises pour maintenir la valeur de ce standard ;

2° Que dans les pays où l'obligation du Service militaire est généralisée, le temps de service, si court soit-il, soit utilisé pour continuer l'œuvre de prophylaxie et d'éducation populaire en matière d'hygiène dentaire.

Enfin on décida de proposer au bureau du Congrès que la question officielle mise à l'ordre du jour du prochain Congrès en 1931 soit la suivante : « Les séquelles des traumatismes de guerre de la mandibule et des dents ».

Pays rapporteurs : La Hongrie et la Pologne.

Avant la clôture de la séance, M. Filderman, Président de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer, donna lecture d'un vœu qu'il avait rédigé en vue de le présenter à l'assentiment de l'Assemblée, le lendemain au cours de la séance plénière. Ce vœu adopté était le suivant :

« Le Service de santé d'un grand nombre de pays étant composé de médecins, de pharmaciens, de dentistes et d'officiers d'administration, la Section dentaire émet le vœu que le titre du Congrès soit modifié de façon à supprimer toute confusion possible et à englober tous les éléments du Service de santé.

Dans cet esprit, la Section dentaire estime qu'il y a lieu de compléter le titre du Congrès en y ajoutant les dénominations de tous les éléments ou de le simplifier en adoptant la dénomination générale de « Médecine militaire ».

A 13 heures, la séance étant levée, les congressistes, dentistes des différents pays furent photographiés en groupe dans le Jardin Public de la place et se rendirent ensuite à l'Hôtel Russell où un lunch était offert par le groupe des dentistes britanniques aux confrères étrangers, repas de soixante couverts environ, au cours duquel la plus franche cordialité ne cessa de régner.

Au dessert, le Président de la British Dental Association, qui présidait

le banquet, prit la parole pour exprimer toute la satisfaction de la nation anglaise d'avoir pu grouper dans une atmosphère de si réelle sympathie, et pour le bien de la dentisterie militaire mondiale, les congressistes venus d'un grand nombre de pays.

Le délégué cubain lui répondit au nom des congressistes étrangers pour exprimer toute leur reconnaissance d'une aussi chaleureuse réception.

Puis le Dr Watry (Belgique), délégué officiel de la Fédération dentaire Internationale, prononça quelques mots de gratitude au nom de cet important groupement.

Enfin M. Filderman, Président de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer, prononça l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas sans une certaine émotion que je prends la parole devant cette assemblée composée d'officiers appartenant au plus vaste Empire du Monde. Je suis, néanmoins, très heureux de profiter de cette occasion pour vous adresser, au nom des dentistes militaires français, nos chaleureux remerciements pour l'accueil si cordial que vous nous avez fait.

Nous avions déjà appris, sur les champs de bataille de la Marne, de l'Yser et de la Champagne, à connaître la bravoure britannique et à voir comment les Anglais savaient mourir.

Aujourd'hui, au cours de ce trop bref séjour parmi vous, nous avons le plaisir de constater que la proverbiale hospitalité anglaise n'est pas une simple légende, votre accueil dépasse tout ce que nous pouvions imaginer. Tout à l'heure, mon très sympathique voisin de table, le colonel Helliwell, me demandait très modestement si j'étais sûr que nos camarades garderaient un bon souvenir de leur séjour à Londres.

Je n'ai pas été très embarrassé pour lui répondre, mais vos chaleureux applaudissements prouvent que je n'ai pas exagéré, car non seulement vous nous avez distraits, mais encore et surtout, vous nous avez permis de compléter notre instruction en nous montrant, dans divers domaines des sciences médicales, des choses comme on n'en voit nulle part dans le monde, pas plus à Paris qu'ailleurs.

C'est pourquoi, ne voulant pas prolonger trop longtemps cette allocution, je vous renouvelle les chaleureux remerciements de nos camarades français et avant de terminer, je vous convie, au nom de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer, à prendre avec nous, dans un autre salon de cet établissement, une coupe de champagne à l'amitié franco-anglaise.

Mesdames, Messieurs, je lève mon verre à Sa Majesté le Roi et à l'Association dentaire Britannique.

***

M. Filderman, Président, entouré de ses collègues ; M. Budin, vice-président ; Wintergerst, secrétaire général et Lefebvre (de Rouen), con-

seiller, prolongea donc cette manifestation si courtoise en offrant une coupe de notre vin national à nos confrères britanniques et étrangers présents.

Assistaient au lunch et à la réception, les confrères français : Dr Boissier, MM. Boyer, Budin, Causse, Covo, Filderman, Giacommini, Guinat, Macary, Poulignier, Wintergerst (tous de Paris) : M. Aloin (Lyon), Dr Aymard (du Rhône), MM. Benoit (Chambéry), Blanchard (Châteauroux), Dr Falcoz (de l'Isère), Flament (Le Havre), Gacon (Laon), Laurent (Rouen), Lefebvre (Rouen), Dr Piquet (Fécamp) et Mmes Lefebvre, Filderman et Wintergerst.

C'est enfin, ce même soir qu'avait lieu le banquet de clôture du Congrès dont la splendeur n'est pas près de s'effacer de notre souvenir, étant donné le cadre exceptionnel choisi pour cette fête.

C'était, en effet, l'honorable Lord Maire de Londres et les corporations de la Cité qui recevaient au Guildhall (Hôtel de Ville) les congressistes étrangers.

Nous avons parlé, au début de ce rapport, de l'esprit de tradition si marqué en Angleterre. Cette cérémonie en fut un témoignage éclatant. Nos alliés ayant conservé dans leur intégrité absolue les costumes, les gestes, les coutumes mêmes du passé qui donnent à une telle fête une singulière grandeur.

A 18 heures 30. — Les congressistes et invités de marque faisaient leur entrée. Le Lord Maire, assisté de deux de ses collègues, tous trois en longues robes et manteaux de cour, les recevaient séparément, sur une estrade basse située au fond de la salle. Un appariteur également en robe et perruque, annonçait à haute voix le nom et le titre ou le grade de l'invité, qui traversait seul toute la longueur de la salle, soit une cinquantaine de mètres, et venait saluer son hôte d'un jour.

La salle offrait un aspect somptueux et rutilant, les uniformes de grande tenue aux poitrines constellées de décorations, voisinaient avec les habits de cérémonie à culottes courtes et avec les costumes de cour et d'apparat, en une double haie qui bordait le passage central, alors qu'un orchestre se faisait entendre en sourdine.

A 19 heures 30, on passa dans la salle principale réservée au banquet, où chaque convive avait sa place soigneusement marquée.

En grande pompe, le Lord Maire, son sceptre en main, fit son entrée pour gagner la table d'honneur sur laquelle on pouvait voir une abondante et splendide vaisselle d'or. Il était précédé de Hérauts, aux costumes chamarrés, sonnant de la trompette, sonneries auxquelles répondaient d'autres Hérauts postés aux différentes entrées de la salle.

Sa suite comportait tous les hauts dignitaires des Corporations de Londres, le président du Congrès et les chefs des Délégations étrangères.

Enfin, après que l'orchestre à cordes de l'Aviation Royale sanitaire

eut exécuté une marche triomphale, le silence se rétablit et l'on n'entendit plus que la grave voix du Chapelain disant le « benedicite ».

Puis des toasts successifs furent portés à haute voix par tous les invités :

1° Au roi ; 2° à la reine, au prince de Galles et aux autres membres de la famille royale ; 3° au Ve Congrès International.

Le menu, aussi choisi que savoureux et les vins dont le champagne constituait l'élément de base, furent fort appréciés des quelques centaines de convives qui assistaient à cette splendide fête.

Des discours de remerciements furent prononcés à l'issue du banquet par le médecin général inspecteur, Lannes (pour la France), le chirurgien général Cumming (pour les Etats-Unis) et le major général Umberto Riva (pour l'Italie).

Le samedi 11 mai.

A 10 heures du matin avait lieu la séance de clôture pour la discussion des conclusions adoptées par les différentes sections.

Le secrétaire du Congrès en donnait lecture en anglais, et immédiatement après les représentants français, italien et espagnol en faisaient la traduction.

M. Filderman demanda la parole pour communiquer à l'Assemblée le vœu de la section dentaire tendant à obtenir la modification du titre du Congrès.

Appuyé par le médecin général Lannes, et par le président du Congrès, la proposition de nommer à l'avenir cette intéressante manifestation : « *Congrès de Médecine militaire* » fut adoptée à mains levées à la quasi-unanimité par les principaux délégués présents.

Après la clôture du Congrès, le président fit part à l'Assemblée que décision avait été prise d'accepter l'invitation de la Hongrie. Le VIe Congrès tiendra donc ses assises à Budapest, en 1931.

Le chef de la Délégation Hongroise prononça alors une courte adresse de remerciements.

En résumé, ce Congrès si parfaitement réussi par l'éclat de ses réceptions, l'intérêt de ses séances scientifiques et surtout la façon particulièrement courtoise dont nous fûmes reçus, dans un pays où l'hospitalité est légendaire, laissera à tous ceux qui ont tenu à y participer, un inoubliable souvenir auquel est attaché un fort tribut de reconnaissance.

Un seul regret qui ne peut être un reproche, mais bien certainement un éloge supplémentaire, c'est que les journées si parfaitement remplies ne nous aient pratiquement laissé que bien peu de temps pour parcourir une ville qui est la plus vaste du monde et qui renferme en son sein des joyaux merveilleux en tant que monuments et collections aussi artistiques que précieuses, mais ceci est une autre histoire et un tel aperçu,

combien intéressant, ne peut que nous inciter à traverser à nouveau le détroit, pour voyager cette fois en simples touristes.

CONGRÈS DU HAVRE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.
(A. F. A. S.)

Section d'Odontologie

Le Congrès du Havre aura lieu du 25 au 30 juillet 1929 et la Section d'Odontologie (XIVe) sera présidée par M. A. Blatter.

Rappelons que pour assister au Congrès du Havre et bénéficier de ses avantages : facilité de voyage, réductions, comptes rendus, excursions, etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Les adhésions sont reçues par le Secrétaire de la Section, M. Derouineau, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat général de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Le montant de la cotisation est de 30 francs par an, plus un droit d'inscription de 10 francs pour les membres nouveaux. Membre à vie : 300 francs.

DÉLÉGATION BRITANNIQUE

De très nombreux membres de la British Association for the Advancement of Science participeront aux travaux du Congrès. Cette Délégation sera présidée par Sir HENRY LYONS, directeur du Musée Scientifique de South Kensington.

CONFÉRENCES

Une conférence sera faite le vendredi 26 juillet, à 20 h. 30, par M. le Professeur Léon BERNARD, membre de l'Académie de Médecine, sur « *Le problème de l'Hérédité tuberculeuse* ».

Le samedi 27 juillet, à 20 h. 30, salle Franklin, M. Julien FONTÈGNE, inspecteur général de l'Enseignement technique, co-directeur de l'Institut national de l'Orientation professionnelle, traitera « *L'Orientation professionnelle et l'Apprentissage* ».

VOLUME DU HAVRE

Le volume qui sera publié par les soins du Comité local et offert aux Congressistes, est en préparation. Cet ouvrage de 240 pages environ, donnera l'évolution de la ville et de son grand port, pendant les cinquante dernières années, c'est-à-dire depuis le Congrès de 1877.

Section de physique

La salle de Travaux pratiques de physique du Lycée du Havre sera réservée aux séances de cette Section. Des appareils de cinématographie et de projections seront mis à la disposition des Congressistes, afin qu'ils puissent accompagner leurs communications de projections ou d'expériences.

Chemins de fer

Les adhérents trouveront, plus loin, une feuille détachable pour les demandes de billets à tarifs réduits. Les Compagnies de Chemins de fer ayant fait connaître *d'une manière formelle* que ces facilités ne sauraient être accordées à des personnes ne faisant pas partie de l'Association, il est rappelé aux Congressistes qu'il est absolument indipensable d'être *personnellement* membre de l'A. F. A. S. pour en bénéficier.

Les Congressistes qui désireraient utiliser un parcours différent à l'aller et au retour devront établir une *demande spéciale et motivée*, qui, après étude de la Compagnie, pourra comporter une suite favorable.

L'A. F. A. S. fera parvenir les permis aux bénéficiaires dès que les diverses Compagnies les lui auront adressés.

Prière de joindre à la demande un timbre de 0 fr. 50 pour l'envoi du billet.

Excursions finales

1° *Excursion au Mont Saint-Michel*

31 *juillet.* — Les autocars partant de Trouville, il y a grande économie à partir de cette ville. Départ par le bateau qui fait le service du Havre à Trouville. Arrivée pour déjeuner. Départ à 14 heures, en autocar, par Villers-sur-Mer, Houlgate, Beuzeval, Cabourg, Caen. — Dîner et logement à Caen.

1er *août.* — Départ à 8 heures, en autocar, pour le Mont Saint-Michel, par Villers-Bocage, Saint-Martin-des-Besaces, Villedieu-les-Poëles, Avranches, le Mont Saint-Michel (déjeuner et visite). — Retour par Saint-Hilaire-du-Harcouet, Mortain, Flers. — Dîner et logement.

2 *août.* — Départ à 8 heures, en autocar, pour Lisieux, par les vallées de l'Orne, du Noireau et de la Vère, Falaise (La Suisse normande). Arrivée à Lisieux, pour déjeuner (visite de la ville). — Retour par Trouville, pour correspondance avec le bateau en partance pour Le Havre ou chemin de fer en partance pour Paris.

Prix au départ de Trouville, comprenant :

1° Les autocars, départ et retour Trouville ;

2° Séjour dans bons hôtels, du déjeuner du 31 juillet au déjeuner du 2 août (Boisson non comprise) ;

3° Toutes taxes et tous pourboires.

PAR PERSONNE : 430 francs. Pour minimum de 20 personnes.

2° Le Havre à Rouen, par la Seine.

31 *juillet.* — Départ du Havre pour Rouen, par bateau. — Déjeune à bord. Dîner et logement à Rouen.

1er *août.* — Visite de la ville, *en autocar,* avec guide. Excursion à *Bon Secours* et *La Bouille* (en autocar). Dîner à Rouen. — Retour à volonté vers Le Havre ou Paris.

Prix, comprennant :

1° Parcours bateau Le Havre-Rouen ;

2° Séjour dans bon hôtel, du déjeuner à bord, le 31 juillet, au dîner à Rouen, le 1er août (Boisson non comprise) ;

3° Les excursions indiquées en autocars :

4° Les pourboires et taxes dans les hôtels.

PAR PERSONNE : 172 francs. A raison de deux par lits ; personne seule, supplément de 10 francs.

Restaurants.

AUBERGE NORMANDE, 3, rue Corneille, tél. 51-67. Petit déjeuner, 5 fr. ; déjeuner et dîner à la carte.

GRANDE TAVERNE (Brasserie de Tantonville), rue Edouard-Larue, 14, tél. 36-53. Déjeuner, 12 fr. ; dîner, 12 fr. et à la carte.

GRANDE COUR (à la) ; restaurant champêtre, 60, rue des Acacias, à proximité de la forêt. Téléph. 97-37. Déjeuners, dîners, collations. Cuisine soignée. Cidre de première qualité. Cave renommée. Ecuries, remise pour autos.

GROSSE TONNE (à la), 20, rue des Galions, repas à la carte.

MAISON ROUGE (Aux Phares), tél. 13, Ste-Adresse. Restaurant à la carte. Spécialités culinaires. Cadre champêtre avec vue sur la mer et sur tout le littoral.

PAUL, 38, rue Voltaire. Une chambre à 1 personne, 10 à 15 fr. ; une chambre à 2 personnes, 12 à 20 fr. Petit déjeuner, 2 fr. 50 ; déjeuner, 7 fr. ; dîner, 7 fr. et à la carte.

PETITE TONNE (à la), rue de Paris, 28 (au fond de l'allée), tél. 32-73. Repas à la carte. Spécialité de rocailles.

TAVERNE POLAIRE, 107, rue Victor-Hugo, et 5, rue Edouard-Larue, Plats du jour, 5 fr. Spécialité de produits alsaciens.

Hôtels meublés.

VILLAS BÉRANGER, 31, rue Béranger (près de la Mer). Une chambre à une personne, 10 à 20 fr. ; une chambre à deux personnes, 15 à 35 fr. Petit déjeuner, 3 fr. Tout confort moderne.

HOTELS	ADRESSES	UNE CHAMBRE A 1 PERSONNE	UNE CHAMBRE A 2 PERSONNES	PETIT DÉJEUNER	DÉJEUNER	DINER	
ALLIANCE HOSTEL..........	Rue Gustave-Cazevan, 29...	15 à 25 fr.	20 à 30 fr.	3 fr. »	9 fr. »	9 fr. »	Jardin d'été
AMIRAUTÉ (de l')............	Quai de Southampton,43....	15 à 30 fr	25 à 50 fr.	4 fr. »	12 fr. »	12 fr. »	
ANGLETERRE (d')	Rue de Paris, 124-126......	15 à 40 fr.	25 à 70 fr.	5 fr. »	15 fr. »	15 fr. »	
AUBERGE DU GRAND-AIR..	Rte du Carrousel, aux Phares	10 à 25 fr.	15 à 30 fr.	3 fr. »	15 fr. »	10 fr. »	Pens. 35 fr.
AUX CHAMPS DES OISEAUX.	R. Ern.-Herouards, Ste-Adr.	15 à 25 fr.	20 à 30 fr.	3 fr. 50	15 fr. »	15 fr. »	Pens. 45 fr.
BEAUSÉJOUR-CHAL.-HOTEL	R. Maurice-Taconel, 42, id.	10 à 15 fr.	15 à 20 fr.	0 fr. 50	12 fr. »	12 fr. »	Tabac Jardin
BELLEVUE....................	Place Gambetta, 14.........	15 à 25 fr.	15 à 50 fr.	3 fr. »	à la carte		Cuisine soignée.
BORDEAUX (de).............	Place Gambetta, 17.........	16 à 45 fr.	25 à 70 fr.	5 fr. »	16 fr. »	16 fr. »	
BOUREL......................	Rue Edouard-Carne, 2......	10 à 20 fr.	12 à 25 fr.	3 fr. »	9 fr. »	9 fr. 50	
BRUNET	Rue Dicquemare, 35.......	10 à 15 fr.	15 à 30 fr.	3 fr. »			Tout confort
CENTRAL-HOTEL	Rue Lord-Kitchener, 25.....	15 à 25 fr.	25 à 40 fr.	4 fr. »	13 fr. »	13 fr. »	id.
CENTRAL......................	Place des Halles-Centrales, 5.	8 à 30 fr.	12 à 40 fr.	3 fr. »			
CONCORDE (de la)............	Cr de la République, 23 et r. Laffitte......	14 à 18 fr.	16 à 25 fr.	2 fr. 75	10 fr. »	10 fr. »	
CONTINENTAL................	Chaussée des Etats-Unis, 13.	30 à 60 fr.	45 à 150 fr.	3 fr. »	25 fr. »	25 fr. »	
DAYTON........................	Boulevard de Strasbourg, 52.	10 à 20 fr.	15 à 25 fr.	2 fr. 50	8 fr. 50	8 fr. 50	P. 30 à 35 fr.
DIEPPE (de)	Rue de Paris, 76...........	10 à 15 fr.	15 à 26 fr.	3 fr. »			
DUCHEMIN....................	R. Racine, 24 et r. Molière, 3.	15 à 30 fr.	20 à 35 fr.	4 fr. »	15 fr. »	15 fr. »	et à la carte
ESPAGNE (d')................	Rue de Paris, 10...........	8 à 10 fr.	10 à 25 fr.	3 fr. »	8 fr. »	8 fr. »	
FOYER FÉMININ.............	Rue de St-Quentin, 47.....	6 à 8 fr.	10 à 12 fr.	1 fr. 75	6 fr. »	6 fr. »	
GRAND HOTEL..............	Place Gambetta, 3 et 5.....	20 à 60 fr.	50 à 100 fr.	5 fr. »	25 fr. »	25 fr. »	et à la carte
GRAND HOTEL DES PHARES.	R. du Havre, 29, Ste-Adresse.	15 à 25 fr.	18 à 35 fr.	4 fr. »	16 fr. »	16 fr. »	Tout confort
GRAND HOTEL PARISIEN...	Cours de la République, 1 bis.	15 fr.	20 à 35 fr.	3 fr. »			Tout confort
GUIDON (Au).................	Quai de Southampton, 5....	10 à 20 fr.	12 à 25 fr.	3 fr. »	Service à carte		Cuisine du patron
HAMON	Place Gambetta, 16........	12 à 20 fr.	15 à 40 fr.	3 fr. »	9 fr. 75	9 fr. 75	P. dep. 32 fr
HOSTELLERIE DU CHEVAL BAI	R. de Normandie, 176 (R.-P.).		15 à 30 fr.	3 fr. 50	à la carte		Confort moderne
HOSTELLERIE DU TROU NORMAND..........	Place Gambetta, 6.........	12 à 30 fr.	15 à 45 fr.	3 fr. 50	12 fr. »	12 fr. »	Garage

HOTELS	ADRESSES	UNE CHAMBRE A 1 PERSONNE	UNE CHAMBRE A 2 PERSONNES	PETIT DÉJEUNER	DÉJEUNER	DINER	
JARDIN D'HIVER (du)	Rue de Sainte-Adresse, 17	15 à 25 fr.	15 à 35 fr.	3 fr. 50	12 fr. »	12 fr. »	Pens. 50 fr.
KLÉBER	Boulevard de Strasbourg, 209.	10 à 15 fr.	12 à 20 fr.	3 fr. »	à la carte		
MAISON BLANCHE (de la)	R. du Cap, 100, Les Phares	10 à 25 fr.	15 à 30 fr.	3 fr. 50	15 fr. »	20 fr. »	Pens. 50 fr.
MAJESTY HOTEL	Rte du R.-Albert, 22, Ste-Adr.	20 à 60 fr.	40 à 75 fr.	6 fr. »	20 fr. »	20 fr. »	
MARCIA	Rue Claude-Monnet, 32	20 à 30 fr.	30 à 50 fr.	4 fr. »	15 fr. »	15 fr. »	vue s. la mer
MÉTROPOLE	R. Dicquemare, 30 et S.-Q., 57	10 à 20 fr.	15 à 25 fr.	3 fr. »			
METZ (de) (Pension de Famille)	Rue de Metz, 6	10 à 20 fr.	15 à 25 fr.	2 fr. 50	9 fr. »	9 fr. »	Cuisine au beurre
NÉGOCIANTS (des)	Rue Corneille, 1, 3, 5, 7	15 à 40 fr.	20 à 45 fr.	5 fr. »			à 2 l 25 à 70
NORMANDIE (de)	Rue de Paris, 106, 108	20 à 60 fr.	50 à 100 fr.	6 fr. »	25 fr. »	25 fr. »	et à la carte
NOUVEAU PORT (du)	B. Albert-Ier, 10 et r. Guil., 14.	10 à 25 fr.	15 à 30 fr.	3 fr. »	10 fr. »	10 fr. »	Pens. 40 fr.
PLAT D'ARGENT (du)	Rue Emile-Zola, 44	12 à 18 fr.	15 à 40 fr.	3 fr. »	9 fr. 50	9 fr. 50	P. dep. 32 fr.
RÉGINA	R. Dicquemare, 36, (angle) b. de Strasbourg.		15 à 35 fr.	3 fr. »			Confort moderne
RICHELIEU	Rue de Paris, 80, 82	12 à 25 fr.	18 à 50 fr.	4 fr. »	13 fr. »	13 fr. »	Salle de Bains
ROUBAIX (de)	Cours de la République, 19 (face à la gare de départ)	12 à 25 fr.	15 à 30 fr.	4 fr. »	11 fr. »	11 fr. »	
RUBAN BLEU (du)	Place de l'Arsenal, 19	10 à 12 fr.	15 à 18 fr.	2 fr. »	6 fr. »	6 fr. »	
RUSSIE (de)	Rue de Bordeaux, 42	10 a 15 fr.	15 à 30 fr.	3 fr. 50			Tout confor
SOIGNÉ	Quai de Southampton, 37	15 à 30 fr.	25 à 50 fr.	3 fr. 50	10 fr. »	10 fr. »	Face aux bateaux
STRASBOURG (de)	Boul. de Strasbourg, 211 bis.	13 à 18 fr.	16 à 25 fr.	2 fr. 75	11 fr. 50	11 fr. 50	Tout confort
TERMINUS	Crs d.l. République (f. la gare)	16 à 45 fr.	25 à 70 fr.	5 et 6 fr.	20 fr. »	20 fr. »	
TORTONI	Place Gambetta, 1	15 à 60 fr.	20 à 80 fr.	5 fr. »	16 fr. »	16 fr. »	
VOLTAIRE	R. Voltaire, 75 (pr. pl. Gamb.)	15 à 25 fr.	20 à 40 fr.	3 fr. 50			
PENSION DE FAMILLE	Rue Guillemard, 35	10 à 20 fr	15 à 30 fr.	2 fr. 50	8 fr. »	8 fr. »	
PENSION DE FAMILLE	V. d. Falaises, 9 et r. Dr Suri.	12 à 18 fr.	15 à 30 fr.	3 fr. 50	10 fr. »	10 fr. »	
PENSION DE FAMILLE	Rue Henri-Génestal, 10	10 à 15 fr.	15 à 25 fr.				

Notre confrère *M. Adler*, de New-York, y faisait des démonstrations d'instruments pour obturation des canaux.

Les Etablissements *Alfred Joliot*, qui se sont spécialisés dans les installations de laboratoires, exposaient un atelier de prothèse orienté vers l'hygiène, la facilité du travail et la récupération des métaux précieux dont la perte est beaucoup plus importante qu'on ne le suppose généralement. Ils exposaient en outre leurs nouveaux vulcaniseurs « Joko », modèle français et modèle américain.

La Société française *Dentairix* montrait deux appareils de radiographie dentaire, l'un mobile, l'autre mural, qui ont retenu l'attention des professionnels au cours des nombreuses démonstrations faites.

A noter que l'appareil mobile est muni d'un auto-transformateur à prises multiples, permettant de brancher l'appareil sur tout voltage et aussi d'obtenir trois pénétrations différentes.

Au stand *Gerson* : un appareil de haute fréquence d'une conception nouvelle et l'appareil d'éclairage pratique par la lampe « équilibrée », ainsi que les pointes « Rubra ».

Agent pour la France et les Colonies de la Blue Island Spty Cie, spécialisée dans les articles pour redressement, la *Maison Chevalier* a présenté tout ce qui intéresse l'orthodontie, non seulement les articles manufacturés, mais encore les fournitures et instruments nécessaires à leur confection.

Cette firme présentait aussi des Screw posts, pour restauration à l'amalgame, des Screw posts pour la restauration à la porcelaine plastique, et, en outre, une série de petits meubles et tables aseptiques, modèles exclusifs.

Il y a lieu de faire une mention spéciale du stérilisateur à verre *Versteryl*, qui est une innovation de la *Maison Thenol*, ainsi que de l'étuve au trioxyméthylène avec porte vitrée et du stérilisateur à levier.

L'Hécolite, qui n'a pas reçu encore en France l'application rationnelle, a acquis en Amérique une vogue telle que la vente au détail des bases atteint, pour les Etats-Unis, le chiffre fantastique de 180.000 dollars par mois, soit 4.500.000 francs.

L'*Hécolite* se perfectionne encore et annonce la mise sur le marché, sous peu, de bases d'une qualité exceptionnelle.

MM. P. Thibaud et Cie ont exposé ceux de leurs produits *Gibbs* intéressant particulièrement l'art dentaire : savon dentifrice, pâte dentifrice à base de savon, eau pour les soins de la bouche, brosses de divers modèle.

Leur dernière création est la brosse « Otomatic » à poils inarrachables fixés par le procédé dit en « boucle », au moyen d'un outillage spécial, à contrôle automatique, empêchant tout déréglage.

Les Etablissements *Ash* et Cie présentaient une installation Ritter

(fauteuil, unit, radio), le meuble Girator, ainsi que trois autres nouveaux meubles métalliques, leur équipement électrique, leur nouveau tour électrique mural, leur nouveau diffuseur et un réflecteur électrique à grande puissance.

Une partie du stand était consacrée à la librairie.

A signaler également le tour portatif électrique Movil 1929, à pédale indépendante, ainsi que de multiples nouveautés de cabinet et de laboratoire.

Le rayon des dents est particulièrement bien présenté. A noter spécialement le tableau de la nouvelle classification des dents.

Au stand *R. Einbeck*, l'intérêt se concentrait surtout sur la nouvelle porcelaine, à basse fusion, à couler *Néo-Eldeltog*, qui n'exige pas de four électrique, sur les succions *Meisinger* à double effet en métal *Wipla*, et les aiguilles hypodermiques *Acufirm* en métal Wipla, incassables et inoxydables.

Les aciéries *Fried. Krupp* avaient exposé une collection complète de leurs fournitures *Wipla*, ainsi que des instruments inoxydables, marque V2A.

Citons aussi l'exposition des fraises Meisinger.

M. André Walter avait exposé une série d'appareils pour l'application des agents physiques et principalement de la diathermie en Odontologie, notamment le Combiné B7, l'appareil B8, complément d'équipement pour les installations existantes et donnant l'ensemble des agents physiques : diathermie, ultra-violet et infra-rouge.

Notons le bistouri « Diatherma » qui permet d'enlever en quelques secondes, sans hémorragie, un capuchon muqueux de dent de sagesse, ainsi que toutes les tumeurs, quelle qu'en soit l'importance, et même d'enlever la langue totalement.

La Maison *Denninger* exposait deux installations de cabinet dentaire.

Le stand de la *Bi-oxyne* était divisé en deux parties à cause d'un nouveau produit, la *Sulfoxyne*, pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire. En plus de ses qualités antispirillaires dues au novarsénobenzol qu'il contient, ce produit a une action sur un milieu arthritique en raison du soufre libre qu'il contient dans la proportion de 10 %.

Le *Comptoir français de fournitures dentaires* faisait des démonstrations sur le matériel *Ritter* et *Castle* et présentait le nouveau fauteuil n° 1 *Excelsior* pour anesthésie générale.

Des démonstrations étaient faites également par *M. Journaud*, inventeur du nouvel appareil à estamper, *Le Rapide*.

Le stand de la Société *Nationale de fournitures dentaires*, contenait une variété constituant tout le nécessaire du cabinet dentaire.

Dans le matériel qu'elle exposait à signaler au premier plan un

cabinet modèle *Ritter* composé d'un appareil à radiographier, d'un Unit équipement fauteuil, compresseur d'air.

A retenir des démonstrations d'applications possibles avec les rayons ultra-violets et les courants de haute fréquence, l'appareil à rayons ultra-violets « Radia », qui a été, par sa puissance et son montage, spécialement étudié pour les besoins de la profession dentaire.

En ce qui concerne la haute fréquence, de plus en plus utilisée dans le domaine qui nous intéresse, l'appareil exposé était seul pourvu, en plus des trois réglages, des électrodes pour U. V. en verre de Wood.

La Maison *J. Corno* exposait le fauteuil, J. Corno, qu'elle fabrique avec le plus grand soin.

La *Société Coopérative des Dentistes de France* présentait de nombreux appareils, meubles et instruments.

Des démonstrations y étaient faites quotidiennement sur le stabiloccluseur *G. Villain*, qui est d'un emploi facile et donne d'excellents résultats en prothèse.

Notons aussi l'appareil à haute fréquence *Ménand*, les meubles de fabrication française, les tableaux *Quetin* et les divers appareils *Siemens*.

M. Philips exposait un nouvel appareil de radiographie pour dentistes dont les caractéristiques sont les suivantes : facilités de manœuvre ; souplesse permettant toutes les incidences ; foyer extrêmement fin ; protection contre le rayonnement X, contre la haute tension, permettant à l'opérateur de toucher toutes les parties de l'appareil et de tous les conducteurs pendant la prise du cliché.

La Société *Igépharma*, concessionnaire pour la France des produits *Bayer-Meister Lucius*, présentait quelques-unes de ses préparations odontologiques : l'aspirine *Bayer*, l'*Ortizon*, préparation dentifrice oxygénée en globoïdes ; le *Compral*, analgésique puissant et sans danger ; l'*Iothone*, préparation iodée incolore et inodore, et enfin deux anesthésiques locaux la *Novocaïne* et la *Tutocaïne*.

Au stand de la Société *Eska*, on remarquait le *Skapyor*, du Dr S. Kostritsky, pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire et des gingivites chroniques, ainsi que le dentifrice *Eska* du même praticien.

Le stand *Pregel* exposait une collection de dents rames, des ciments Harvard, des fraises Wonder, des presses Eichler, le tour Atlantic, les produits Andolf, le caoutchouc Corning, les tire-nerfs Zipperer, le fauteuil Adan Schneider, les produits Injecta, les fournitures générales Reiser et Cie, les pièces à main et angles Kavos.

MM. Larmurter, Jomas et Raynaud présentaient des meubles, des appareils à haute fréquence U. V. radios, des stérilisateurs, etc.

Dans le stand *Créange et Cie*, on remarquait les lampes Bosworth, ainsi que les équipements électriques fabriqués par cette firme dans son établissement de Joinville-le-Pont : moteur à fraiser, seringue à

air, manche cautère et lumière, flacons pulvérisateurs, appareils à rayons ultra-violets et à haute fréquence. A signaler également les tables Girator, les crachoirs-fontaines Intégra avec cuvette pyrex.

La Maison *Collignon* exposait, entre autres articles, un petit poste galvanique à faible consommation permettant le chromage de pièces d'importances diverses grâce à des plots réglables ; la Maxilase, résine synthétique servant à l'émaillage des pièces de prothèse ; un nouveau régulateur de température pour la stérilisation ; enfin un meuble radio-dentaire.

M. Pesty présentait le fauteuil hydraulique Lift perfectionné, des crachoirs, des supports, des tablettes, des instruments, des porte-empreintes, la pharmacie Tit-Man, dans laquelle la combinaison du flacon et du porte-boulettes de coton permet à l'opérateur de prendre une dose suffisante de médicament en ne se servant que de la main tenant la précolle.

La *Société de Trey* avait groupé un assortiment de dents Solila contenu dans un coffret d'acajou, une coupole contenant un choix des ciments Crown et Bridge, de Caulk et Solila, des appareils de radiographie Ritter.

Le stand de la *Biothérapie* présentait ses deux spécialités : le Sanogyl, pâte dentifrice contre la pyorrhée alvéolaire, et le Biolithe, ciment français.

Le stand de *Belgica* montrait ses appareils de prothèse, ses produits dentaires et ses dents Belgica.

M. Cailly exposait ses produits dans un grand stand. Devant ce dernier on remarquait les laboratoires de prothèse et de céramique dentaire *Coutif*.

La Maison *Courtin* présentait toute une gamme de ses dents Vita,

Les fauteuils français de *M. Despins*, notamment la marque Excelsior, tendaient les bras aux visiteurs.

Une nouveauté en caoutchouc, la Carnalite, se remarquait au stand *Danan*.

Notre confrère M. Mirmande démontrait dans le stand de l'*Ebonite dentaire* les avantages de ce produit nouveau.

En face le stand *Lemaître* avec ses fabrications, *Leune* exposait un choix de meubles pour cabinets dentaires.

La Maison *Renaudot* offrait aux regards tout ce qui est nécessaire à l'installation d'un dentiste.

Les nouveaux appareils de radiographie dentaire Héliodor étaient exposés par la *Société des appareils médicaux*.

La Société des Cendres faisait des démonstrations à tous les praticiens qui le demandaient.

L'art décoratif était allié au cabinet dentaire de la Maison *Joux*.

Mentionnons l'équipement *Mangin* et *Spector*, et ses meubles aux couleurs chaudes ; les alliages *Durmax*, les maisons *Garnier*, *Debrand*, *Lutécia*, bien connues ; les instruments en acier inoxydables *Stainless* et les meubles sanitaires *Sanitas* ; le nouvel équipement *Quetin*.

Dans la salle réservée aux produits pharmaceutiques, on remarquait le ciment dentaire *Adrian; André*, savons fluides et produits dentaires ; la vitrine de l'« *Antiphlogistine* », antinévralgique ; le Néol de la Maison *Bottu*, cicatrisant antiseptique ; les spécialités et la pâte dentifrice *Odarsol*, ainsi que la *Syncaïne* de *Clin* ; la *Calciline*, fabriquée par *Odinot*, pharmacien ; le ciment dentaire *Husnot* ; les spécialités d'*Hoffmann La Roche* : l'Allonal, analgésique sédatif, le ciment de *M. Levauvre* ; le Borostyrol de *Mayoly-Spindler* ; la pâte, arsenicale du Dr *Mileff* ; le *Nader*, antiseptique ; l'Opocalcium, récalcifiant, fabriqué par *M. Ranson*, pharmacien ; les spécialités *Proniewsky* : le Gol, le Bigol, le Trigol ; les produits *Cito*, pâte, liquide formolique ; le ciment du Dr *Pitsch* ; les produits *Scientia* : le Calcoléol et la Tricalcine ; l'*Uve*, recalcifiant ; l'*Ultravitamine*, recalcifiant ; les produits Asciatine, Aspirine, Butelline, des Usines du Rhône-Poulenc.

N'oublions pas *Shamb*, son masseur gingival, ses brosses à dents et ses dentifrices ; *Squibb*, crème dentifrice au lait de magnésie ; *Email diamant*, dentifrice selon la formule du *Dr Walton*, de Philadelphie ; *Tanisol*, dentifrice à base de tanin ; *Kolynos*, dentifrice au carbonate de calcium non mordant ; les dentifrices du Dr Pierre ; les brosses à dents, *Dentanol*, *Olcia*, *Takamine* ; le Galvanic Solère ; les dents françaises J. E. F. D. de *Durand-Esmieu* ; le chauffe-eau électrique *Chavepayre*.

Enfin, signalons aux stands *Aerztlich*, les appareils de Radiographie ; *Deutsch Gold*, or, argent, platine ; *Hanovia*, lampe Hanau Sollux ; *Visser*, l'agent de Sichelschmidt ; la Manufacture de Montreuil qui lancera sous peu un nouveau caoutchouc dentaire.

L'ensemble de l'exposition dénotait en somme, un grand progrès dans la fabrication, présentait un coup d'œil agréable et offrait constamment une animation extraordinaire en raison du nombre considérable de visiteurs.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Fernand Frouin, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la perte de sa mère, Mme Henry Frouin, décédée le 5 juin 1929 au Breuil-Barret (Vendée).

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous relevons dans le tableau de concours pour la Légion d'honneur, publié dans le *Journal Officiel* du 8 juin 1929, les noms des dentistes militaires suivants (réserve).

M. FERNAGUT (André-Léonard-Marie), dentiste militaire de 2e classe, troupes du Levant.

M. QUILLIER (Pierre Victor), dentiste militaire de 2e classe, 5e région.

M. MOURLON (Georges-Léon), dentiste militaire de 3e classe, région de Paris.

Distinction honorifique. — Nous apprenons la promotion au grade d'Officier de l'Instruction publique de notre confrère, M. Louis Geiger,

Nous lui adressons nos félicitations.

Ecole dentaire de Paris. — Le Service de radiographie sera fermé pendant le mois d'août 1929, en raison de la période des vacances.

Naissance. — M. et Mme P. Guyonnet-Schuler nous font part de la naissance de leur fille Claudine.

Nous leur adressons nos felicitations.

Errata. — No de Mai, p. 400, aux NAISSANCES, lire *fils* au lieu de *frère*.

Même numéro, p. 291, 3e parag., lire Dr Chenet (2), au lieu de (fig. 2).

49e ANNÉE. N° 7 30 JUILLET 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTES SUR CERTAINS ÉTATS PATHOLOGIQUES DES GENCIVES

Par le Dr ROSENTHAL de Bruxelles.

(*Communication à la Semaine odontologique, avril* 1929).

616.311.2

Le titre de cette communication ne correspond pas tout à fait à l'idée qui a présidé à sa préparation. J'aurais dû y inscrire, à côté des gencives, les procès alvéolaires ; le développement le prouvera.

Il n'entre pas dans mes intentions de passer en revue toute la pathologie gingivo-alvéolaire. J'aurais fort à faire et vous ennuyerais certainement par le rappel de notions que vous connaissez parfaitement. Mon désir est plutôt de vous faire part de certaines réflexions que l'observation clinique quotidienne, la lecture des protocoles de laboratoires, l'étude des périodiques m'ont amené à faire.

Depuis une vingtaine d'années, la presse dentaire consacre la majeure partie de ses colonnes à l'étude des foyers d'infection de nature dentaire ou paradentaire. Vous savez en quoi consiste cette théorie : un certain nombre de maladies cryptogénétiques auraient pour origine un foyer d'infection plus ou moins latent, comportant un certain nombre de colonies microbiennes en majorité streptocoques, staphylocoques, spyrochètes et fusiformes dont la déglutition des produits purulents amène la pyophagie et ses conséquences redoutables par les voies digestives et leurs glandes annexes, et la résorption de toxines par voie sanguine des localisations dangereuses pour toutes les séreuses.

C'est la littérature de langue anglaise, surtout celle des Etats-Unis, qui a été la première et la plus envahie par cette théorie. La terreur des foyers d'infection a amené les chercheurs à essayer de trouver la solution d'un certain nombre de problèmes : est-il possible, sans avulser la dent causale, de stériliser un foyer d'infection dentaire ou péridentaire ? Quels sont les signes de l'infection ? Quels sont ceux de la guérison ? A la première question un très

grand nombre de chercheurs ont répondu que la stérilisation absolue des foyers apicaux ou paradentaires est un mythe, sauf par l'extraction de la dent et le curettage du foyer. Aux deuxième et troisième questions on a répondu que ni l'examen clinique ni le cliché radiographique ne donnent de réponse certaine, que seul l'examen bactériologique, la culture, l'inoculation aux animaux d'expérience permettent la détermination de l'existence et de la spécification d'une infection. Or, les prélèvements nécessités pour ces examens sont quasi impossibles sur la dent « in situ ».

Les conséquences funestes de cette théorie des foyers d'infection dentaire ou paradentaire n'ont pas tardé à se faire sentir : toute dent dévitalisée où suspecte de pyorrhée était extraite et son alvéole curettée. C'était d'autant plus général que c'était plus facile et la dévastation a été semée sur les mâchoires, dévastation malheureusement inutile. A de rares exceptions près les malheureux qui souffraient de rhumatismes, d'endocardite, d'affection rénale ou hépatique, d'ulcères gastriques, d'artériosclérose, etc... de toutes ces maladies générales qui étaient soi-disant causées par des foyers microbiens siégeant au niveau des dents mortes ou d'alvéoles pyorrhéiques ont continué d'en souffrir et quelquefois davantage après l'extirpation de ces foyers d'infection.

L'Europe s'est émue de cette campagne des exodontistes américains. Sommes-nous moins jeunes que nos confrères d'Outre-Atlantique ? Nous sommes en tous cas plus sceptiques, moins susceptibles d'entraînement. Les écoles de Paris, de Vienne, de Berlin ont étudié les propositions américaines et en ont rejeté les conclusions dans ce qu'elles ont d'absolu, de dogmatique. Elles se basent sur ce vieux principe qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades et proclament que le médecin, le dentiste doivent étudier leur patient avant de décider d'un mode de traitement. Bien plus, elles tendent à prouver, notamment les deux écoles dentaires de Paris, que la plupart des foyers d'infection peuvent être stérilisés avec un traitement approprié et patiemment conduit, compte tenu de l'équation personnelle du patient.

Il est juste de dire d'ailleurs qu'en Amérique aussi une vive riposte s'est fait entendre, et, serrant de près les arguments, expériences, observations, analyses des exodontistes, toute une école en a montré l'exagération et le parti pris.

Un fait vient à l'appui des arguments des conservateurs. C'est

que les foyers d'infection dentaire ou paradentaire ne sont pas toujours la cause d'un état pathologique, mais souvent la manifestation locale d'un état général. Il en est ainsi surtout pour les affections gingivo-alvéolaires.

Vous savez que certains états pathologiques comme certaines méthodes de traitement se traduisent par des lésions gingivales bien connues ; je vous citerai pour mémoire le scorbut, l'angine de Vincent, les traitements mercuriels et bismuthiques.

Si l'existence de la pyorrhée alvéolaire commence à être connue du médecin, il est d'autres affections buccales, ou, plus exactement, d'autres signes buccaux qui sont assez peu connus en dehors du domaine des spécialistes.

Les manifestations buccales du diabète ressemblent étrangement à celles de la pyorrhée quand on ne cherche pas à approfondir son diagnostic. J'ai eu l'occasion, ces derniers mois, de reconnaître cette affection chez plusieurs malades qu'aucun autre symptôme n'avait alertés. Ils venaient me trouver se plaignant que depuis peu de temps leurs dents s'ébranlaient, la mastication leur était pénible, leurs gencives saignaient au moindre attouchement, leur haleine était fétide. A l'examen, je constatais de la tuméfaction et une rougeur foncée des gencives, leur décollement, leur mollesse et la présence d'une grande quantité de pus que la moindre pression faisait sourdre, non seulement des culs-de-sac paradentaires, mais encore des languettes gingivales elles-mêmes. Les trois cas que j'ai observés récemment étaient absolument superposables. Chez chacun d'eux, l'examen des urines a démontré la présence de sucre et j'ai renvoyé ces malades à leur médecin pour traiter leur diabète. Ce qui caractérise, à mon avis, les manifestations buccales du diabète, c'est la suppuration qui s'étend d'emblée aux deux maxillaires tout entiers et qui provient, j'y insiste, non seulement des culs-de-sac paradentaires comme dans la pyorrhée, mais aussi des languettes gingivales elles-mêmes ; c'est ensuite la marche de l'affection qui, aiguë de prime abord, évolue très rapidement vers l'ébranlement complet de toutes les dents, nécessitant presque toujours leur avulsion. D'autre part, si la présence de tartre séreux est une règle dans la pyorrhée non traitée, il n'est pas constant de le rencontrer dans le diabète ; par contre, le tartre salivaire est généralement abondant, contient beaucoup de mucus ; sa présence s'explique par la difficulté de la mastication et du brossage. En résumé, et

contrairement à l'avis de nombreux auteurs, les manifestations buccales du diabète constituent pour moi une maladie distincte de la pyorrhée et non une aggravation d'une pyorrhée préexistante par l'établissement de la déficience pancréatique. Le traitement est celui du diabète, plus quelques soins d'hygiène buccale : détartrage, ligatures, massage décongestif. Plus tôt le diagnostic du diabète sera posé et un traitement énergique instauré, plus grandes seront les chances de sauver les dents du malade. Si les phénomènes congestifs et infectieux ne s'amendent pas rapidement sous l'influence du traitement à la fois général et local, on est souvent amené à faire des sacrifices étendus, tant la mastication devient pénible et la suppuration abondante. Sur les trois cas que j'ai pu observer dans ces derniers temps, j'ai dû me résoudre à des mutilations étendues chez deux sujets, le troisième est encore en traitement. Bien entendu on demandera l'avis du médecin traitant avant toute intervention sanglante. Mais l'intervention du spécialiste ne s'arrête pas à l'avulsion des dents du diabétique. Il lui faut ensuite appareiller son patient. Il est bon d'être prévenu que la cicatrisation tant osseuse que muqueuse est extrêmement lente, dure des mois, voire des années, et est irrégulière. Elle l'est d'autant plus que le diabète est plus intense et que le malade suit moins bien son traitement. La muqueuse reste hypersensible et il faudra retoucher souvent les appareils de prothèse et les remonter à plusieurs reprises avant d'arriver à un appareillage définitif.

Un autre aspect des lésions gingivales causées par un état pathologique de l'organisme est celui que l'on rencontre dans l'hypertension. Ici l'aspect clinique est tout autre. Un malade vient vous trouver pour une lésion banale. Vous l'interrogez, il ne se plaint de rien d'autre que ce qu'il vous a signalé, sa santé est excellente, dit-il. Vous l'examinez, découvrez et soignez la carie en cause. Mais vous constatez en même temps que ses dents sont fortement déchaussées, surtout au niveau des molaires, qu'il n'y a pas de culs-de-sac paradentaires, pas de pus, que ses gencives sont d'un rouge très foncé, parfois brunes, épaisses, dures, comme infiltrées, saignant facilement ; malgré le déchaussement qui peut mettre à nu jusqu'aux apex de certaines dents, celles-ci restent fermement fixées et la mastication se fait comme si de rien n'était. Envoyez ce malade à l'examen d'un praticien de médecine générale et il vous répondra que ce patient est un cardio-rénal, un urémique souvent à forme grave.

S'il est exact que certaines maladies générales ont une répercussion évidente sur la région gingivo-alvéolaire comme je viens de vous le montrer pour le diabète et les affections cardio-rénales, ne pouvons-nous en inférer qu'il peut en être de même dans les foyers apexiens ? Vous savez qu'un état infectieux passager comme la grippe, ou toute cause affaiblissant l'individu peut réveiller un foyer microbien latent. Telle est du moins l'opinion généralement admise. Voici cependant une observation dont l'intérêt ne vous échappera pas :

Mme X... est en traitement chez moi depuis 1921. C'est une personne âgée de 45 ans environ, de constitution délicate, mère de deux enfants robustes de 20 et 22 ans. Fille et femme de médecins elle a été observée de très près. Enfant, elle a fait une pneumonie à streptocoques, ses deux accouchements fort pénibles ont été suivis de fièvre puerpérale. Depuis dix ans, elle est constamment malade et fait de la streptococémie. Lors de sa première visite, j'ai constaté que ses quatre incisives supérieures avaient été remplacées par des couronnes Logan. L'état déplorable de sa denture m'a amené à lui faire plusieurs extractions, à soigner de nombreuses dents soit dévitalisées déjà, soit que j'ai dû dépulper. Je lui ai placé entre autres deux bridges supérieurs ayant comme abutements antérieurs des couronnes Richmond sur les premières prémolaires. Aucune radiographie n'a été faite à l'époque de ce traitement. Depuis 1921, cette personne n'a plus subi aucun travail d'importance dans la bouche, elle n'a pas souffert des dents, n'a eu ni périostite, ni abcès, ni fistule. L'hiver dernier, au cours d'un voyage dans le Midi, elle a fait une chute sur la face, dans les rochers, et s'en est tirée avec de simples contusions, sauf au niveau de l'apex de la canine supérieure gauche où s'est développé un abcès qui, rapidement, a passé à fistulisation. Rentrée à Bruxelles, elle est venue me consulter et j'ai fait faire une radiographie de cette canine, puis de toutes les dents de sa bouche. Eh bien toutes les dents dévitalisées présentent des lésions granulomateuses étendues !

Je sais bien que cette observation est incomplète et que je manque notamment de données sur l'état de la denture de Mme X. avant ses premières manifestations infectieuses. Ce n'est pas non plus d'une seule observation, si complète soit-elle, qu'il est permis de tirer des conséquences étendues. Mais néanmoins, j'ai l'impression que dans le cas que je viens de relater l'infection streptococcique est antérieure aux accidents dentaires et a ravagé les apex comme

elle l'a fait pour les poumons ou le ligament large de cette malade.

Mes conclusions seront de divers ordres. J'insisterai tout d'abord sur la nécessité d'une collaboration étroite entre le spécialiste des affections bucco-dentaires et le médecin traitant du malade. Cette collaboration, j'ai eu la bonne fortune de la rencontrer dans le milieu clinique où je vis à Bruxelles.

Sans nier l'existence des foyers d'infection dentaire ou péri-dentaire et le danger qu'ils présentent parfois pour la santé de l'individu, je crois que dans bien des cas on a pris la cause pour l'effet et que nos malades bénéficieront en fin de cause si nous serrons de plus près nos interrogatoires, si nos fiches sont plus détaillées et notre observation quotidienne plus pénétrante.

DISCUSSION.

M. le Dr Roy (Président). — Je suis très heureux d'avoir entendu cette communication de M. Rosenthal et je le félicite de son exposé notamment au début, de la question de l'infection focale qui a fait tant de bruit en Amérique, qui est venue jusqu'en Europe et qui a causé aussi, comme il l'a justement dit, infiniment de ravages dans les bouches de nombre de gens auxquels, pour les guérir d'une maladie, on a fait des extractions multiples, quelquefois même complètes, ce qui les a transformés en édentés conservant leur rhumatisme ou leur cardiopathie exactement comme avant.

Je dis toujours à mes patients quand ils me parlent de l'extraction trop facilement : n'oubliez pas qu'on marche encore mieux avec une jambe, même avec des douleurs, qu'on ne marche avec une jambe de bois. Quelquefois cette réflexion les frappe, je vous la signale et ils disent : « Oui, tout de même, il vaut peut-être mieux que j'essaie de conserver ma dent, même dans des conditions un peu difficultueuses, que de porter un dentier artificiel » d'autant que, comme nous le savons, celui-ci n'est pas toujours un problème aussi simple que les patients le pensent quelquefois.

M. Rosenthal vient donc de nous présenter cette question avec quelques observations particulièrement intéressantes au sujet des relations qui existent entre l'état général et l'état local de la bouche, mais dans un sens opposé à celui des partisans de l'infection locale.

Ces observations apportent des éléments utiles à la discussion de ce problème. Je le remercie en votre nom à tous, ainsi que tous les orateurs qui ont pris la parole ce matin et tous les confrères étrangers qui ont bien voulu, par leur présence et leurs travaux, rehausser aussi considérablement l'intérêt de la Semaine Odontologique.

A PROPOS D'UN RÉCENT JUGEMENT DU TRIBUNAL DE LA SEINE SUR LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Par A. THEUVENY,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 4 juin 1929).

617

Les milieux médicaux étaient mis en émoi, il y a quelques semaines, par une décision du tribunal de la Seine qui tendrait à condamner la chirurgie esthétique.

La première chambre avait à rendre un jugement dans un procès en dommages-intérêts intenté par une dame Le Guen au Dr Dujarier.

Cette dame, sur le point de se marier, se désolait d'être affligée de fortes jambes. Elle vint trouver le Dr Dujarier, un des plus éminents chirurgiens des Hôpitaux de Paris, et le *supplia* de remédier à ce triste état de choses. Celui-ci refusa tout d'abord, puis, sous la menace de suicide de sa cliente, il capitula et l'opération fut décidée ; opération bénigne en elle-même, car il suffisait de réséquer en fuseau une partie de la peau et du muscle sous-jacent. Par fatalité l'opération tourna mal. La peau du sujet, probablement moins souple qu'on ne pouvait le supposer, emprisonna, croit-on, les organes de la jambe opérée. Une circulation défectueuse en résulta, puis la gangrène apparut. Il fallut amputer le membre pour sauver la vie de la malade.

Le tribunal, admettant en principe, même avant toute expertise, la responsabilité du chirurgien, a condamné celui-ci à 200.000 francs de dommages-intérêts.

Mais examinons en détail les considérants du jugement ainsi conçu :

« Attendu que, quels que soient la conscience, la haute valeur professionnelle et le désintéressement du Dr Dujarier, le fait d'avoir entrepris une opération comportant des risques d'une réelle gravité sur un membre sain, avec le seul but de corriger la ligne, sans que cette intervention ait été imposée par une nécessité thérapeutique, ni même qu'elle ait présenté une utilité quelconque

pour la santé de l'opérée, constitue, à lui seul, une faute de nature à entraîner la responsabilité du chirurgien ;

« Attendu que cette faute se déduit des principes de droit commun, abstraction faite de toute considération médicale, sans besoin de recourir aux lumières des hommes de l'art ;

« Attendu qu'il importe peu, ce principe établi, de rechercher si une faute professionnelle a été commise ou non par Dujarier, tant au cours de l'opération que des soins qui l'ont suivie ;

« Attendu que, si aucune faute n'avait été commise, cela ne ferait que souligner le caractère dangereux de l'intervention chirurgicale en elle-même, puisqu'il serait démontré qu'elle aboutit à une amputation de la jambe, après avoir mis l'opérée en danger de mort, malgré toutes les précautions et les règles de l'art ;

« Attendu que, même si ces faits (la nécessité morale) étaient établis, l'exaltation de Mme Le Guen eût été telle que son libre arbitre était obnubilé ; qu'elle n'a donc pu donner son consentement et que cet état aurait nécessité plutôt un psychiâtre qu'un chirurgien ; en tout cas, qu'il n'y avait pas à opérer tout de suite, car il n'y avait pas urgence. »

Autrement dit : le tribunal, rendant hommage à la haute valeur et au désintéressement du Dr Dujarier, déclare « *faute* » l'opération ayant pour seul but de « *corriger la ligne* ». Plus même la valeur du praticien est grande, dit-il, moins il doit se livrer à ces pratiques. Le tribunal pousse la chose plus loin : si aucune faute de l'art n'a été commise, cela ne fait que ressortir le danger de l'intervention, celle-ci (dans le cas particulier) ayant provoqué l'amputation de la jambe pour sauver la malade.

Plus encore : un engagement d'accepter tous les risques, signé par l'intéressé, ne peut mettre le praticien à l'abri de toutes poursuites ultérieures. Ce papier sera considéré comme nul par le tribunal, car au moment où le malade l'a signé, obnubilé par son but, il n'avait plus son libre arbitre !

***

Comme vous le voyez, ce jugement — s'il n'est pas réformé en appel — condamne formellement la chirurgie esthétique.

Et aussitôt un rapprochement s'impose : ce jugement ne nous concerne-t-il pas ? Il me semble qu'on ne peut répondre autrement que par l'affirmative.

Journellement c'est une femme, ayant encore de justes prétentions à la coquetterie, qui vient nous demander si nous ne pourrions remédier à certaines disgrâces de la nature ; ou bien une maman alarmée à juste titre par un alignement inesthétique des dents de son enfant ; et même nous, praticiens, éveillons l'attention des parents — qui n'en ont jamais été frappés — sur la correction esthétique à effectuer sur les maxillaires de leur petite fille ; etc...

Cette jurisprudence étant en vigueur, ne trouvez-vous pas que nous nous engageons gravement ?

Prenons ce premier cas : Une incisive de notre cliente est devenue opaque à la suite d'un traitement antérieur, ou bien cette dent a une forme disgracieuse, ou bien présente une tache ou une abrasion. Cette dent ou ces dents ne présentent aucune autre anomalie au point de vue fonctionnel (soit mécanique, soit hygiénique), seule l'esthétique est en jeu, pour elle seule la cliente vient nous trouver. Peu de praticiens, je crois, résisteront à leur malade et nous nous mettrons en devoir de faire les travaux que nous avons jugés les plus aptes à résoudre le problème : un ciment dit synthétique, un inlay porcelaine, une couronne Jacket, une dent à pivot, un bridge. Un accident se produit, des complications surviennent — malgré toutes les données modernes nul praticien de l'art de guérir n'est à l'abri de pareilles choses — sommes-nous passibles de la loi ?

Lorsque la maman du petit garçon déplore le vilain chevauchement des dents de celui-ci et que nous constatons que *seul* le point de vue esthétique peut nous faire entreprendre ce travail, nous ne sommes pas à l'abri des déboires, des suites fâcheuses causées par le séjour de nos appareils près des tissus dentaires — je ne veux pas parler des accidents visés par « la responsabilité professionnelle », accidents fâcheux qui permettent chaque jour à des clients, souvent de plus ou moins bonne foi, de nous traduire devant les tribunaux — des complications là encore peuvent surgir, sommes-nous passibles de la loi ?

Plus encore, frappés par le mauvais effet que produisent de légères malpositions dentaires dans le facies d'une enfant, n'engageons-nous pas les parents — parfois difficiles à convaincre — à faire les sacrifices nécessaires afin de nous confier leur fille ? Aucun autre mobile de la science ne nous pousse, seul l'avenir esthétique — si je puis dire — de la jeune fille nous fait insister. Une complication — ce terme vague, employé à dessein, englobe dans mon

esprit toutes les suites fâcheuses dont l'énumération et la description nous entraîneraient trop loin et que vous connaissez mieux que moi — une complication, dis-je, et nous sommes, plus peut-être encore dans ce dernier cas, attaquables en dommages-intérêts.

Voilà les quelques suggestions qui me semblaient dignes d'être soumises à vos réflexions au sujet de ce récent jugement. Je terminerai en vous soumettant mon humble avis : il serait sage de ne se placer, dans la décision de notre intervention, qu'à un point de vue fonctionnel, utilitaire, de n'avoir recours à la raison esthétique que comme adjuvant ; et ma foi, lorsque *seul* le point de vue esthétique serait en jeu, peut-être s'abstenir.

Il faudrait conclure : j'en laisserai le soin à de plus expert que moi en clientèle.

(Voir discussion, p. 518).

UN CAS DE RÉSORPTION DE KYSTE PAR LE TRAITEMENT COLLOIDAL

Par Di Ruggiero.

Elève à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 4 juin 1929).

616.314.16.5 006.37

Nous avons cru intéressant de vous présenter ce soir un kyste abcédé traité par les colloïdes suivant la méthode préconisée par M. Texier.

Nous avons choisi cette méthode de préférence aux autres : *a*) antiseptique, car celle-ci est inefficace ; *b*) chirurgicale, qui aurait pu être tentée, celle-ci garde toutes ses indications — car nous avons préféré appliquer une thérapeutique nouvelle là où il existait une grande perte de substance, thérapeutique qui stimule et favorise la régénération cellulaire et qui permet de conserver l'intégrité de la racine.

Observation : M. N..., âgé de 20 ans, vient à la clinique dans le service de dentisterie opératoire. Il se plaint de douleurs vives au niveau de la latérale supérieure gauche, douleurs d'abord supportables, puis rapidement très vives en 20 ou 24 heures.

Le patient présente une tuméfaction de la joue gauche, déformant le visage, qui a pour summun l'aile du nez et qui s'étend jusqu'au bord inférieur de l'orbite.

A l'examen intra-buccal, nous observons, débordant dans la région vestibulaire, un œdème rouge, douloureux et enflammé, plus marqué au niveau de l'apex de la latérale supérieure gauche.

Au toucher, nous avons l'impression d'avoir sous le doigt une balle de caoutchouc souple, déformable mais rénitente, et sans crépitement. Sa pression occasionne des douleurs intenses.

La percussion est aussi douloureuse et produit un choc en retour, ceci dans le sens vertical et dans le sens transversal. La dent est légèrement mobile, quoique d'apparence saine. Cependant, elle présente sur la face mésiale une obturation au silicate qui nous fait rechercher les réactions thermiques. Celles-ci n'existent pas.

Diagnostic. — Kyste abcédé, dû probablement à l'obturation au silicate au voisinage de la pulpe (Le malade ne se souvient pas avoir reçu un choc sur la dent) (v. Radio I).

Première séance. — Trépanation de la dent, ouverture du canal qui

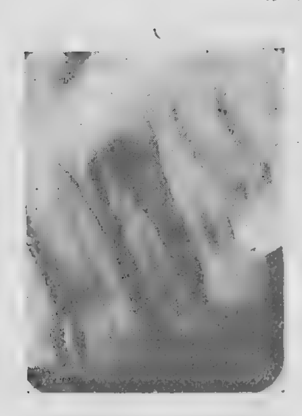


Fig. 1. — Kyste avant traitement silicate face distale. Février 1928.



Fig. 2. — Trépanation de la dent. Large ouverture du canal.



Fig. 3. — Fracture de la couronne. Radio prise en octobre 1928 (après que le canal est resté ouvert pendant trois mois). Donc réinfection banale. Remarquer régénération osseuse (1-3).

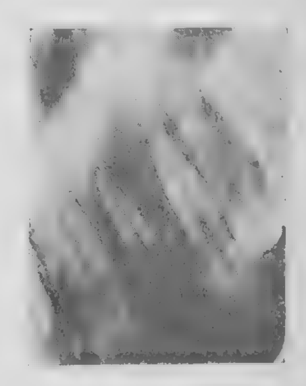


Fig. 4. — Quelques jours après. Couronne détachée. Sonde de Cu dans le canal.



Fig. 5. — Canal traité avant obturation, pâte Robin.



Fig. 6. — Mai 1929. Dent Richmond en place, depuis 4 mois. Régénération osseuse plus marquée.

laisse écouler un abondant flot de pus contenant des paillettes jaunes et brillantes[1]. Le malade est soulagé immédiatement. Le canal est laissé ouvert quarante-huit heures.

Deuxième séance. — Nettoyage du canal au bioxyde de sodium d'après la méthode du Dr Mainguy. Elargissement mécanique avec des broches de Kerr nos 1 à 6 et des Beutelrocks. Nous insistons beaucoup sur cet élargissement qui favorise la pénétration des colloïdes jusqu'à la lésion péri-apicale, puis nous laissons en place un pansement formolique occlusif, pour la désinfection du canal et des canalicules dentinaires ; nous procédons de même pendant trois séances (v. Radio II).

Après quoi nous commençons le traitement colloïdal [2].

A l'aide de la seringue, injection par le canal de quelques gouttes de colloïdes polyvalents dans le péri-apex (à l'intérieur même de la poche kystique) ; celle-ci ne doit provoquer aucune douleur. Le traitement est répété deux fois par semaine en le faisant précéder chaque fois d'un lavage méticuleux du canal au sérum physiologique ou à l'eau distillée afin de le débarrasser de toutes les sérosités liquides ou coagulées qu'il pourrait renfermer.

Séchage avec des mèches de chloroforme.

Pendant tout le traitement, nous pouvons dire que le malade n'a accusé aucune réaction.

En moins de trois mois environ les signes disparaissent et les mèches laissées à demeure dans le canal sortent propres et blanches. Le contrôle bactériologique reste négatif. A ce moment le traitement est terminé et nous pouvons considérer la lésion comme complètement guérie : kyste en voie de résorption.

Alors nous décidons de procéder à l'obturation du canal : à cet effet, nous y laissons pendant une semaine un pansement formolique sous pâte (Eugénol ZnO) afin d'habituer le péri-apex à l'action médicamenteuse, et éviter ainsi par l'obturation définitive une réaction inflammatoire du ligament (arthrite médicamenteuse).

Mais, par suite de circonstances imprévues, le patient part en vacances et nous ne le revoyons que cinq mois après. Il nous raconte que sa dent s'est désobturée, la mèche a été refoulée profondément dans le canal par les aliments, et ce n'est qu'à son retour qu'il a fait renouveler son pansement (mèche formolique sous pâte) par un de ses camarades.

Nous examinons la dent et nous observons une fracture de la couronne et une perforation radiculaire distale (v. Radio III).

Le patient revient quelques jours après, la couronne détachée et une

1. Le contrôle au laboratoire n'a pas été fait.

2. M. Texier. Communication au *Dental Club*, avril 1928, *Odontologie*, décembre 1927, mars 1929.

ligne de fracture au-dessous de la gencive. Il veut faire extraire sa racine. Celle-ci présente en effet un foyer infectieux banal (v. Radio IV).

Nous l'en dissuadons et pratiquons la résection de la gencive et des bords alvéolaires afin d'atteindre la racine. Excision sous anesthésie locale (novocaïne).

Nous procédons à un traitement formolique et après un mois nous constatons la disparition des signes cliniques.

Nous obturons le canal avec la pâte du Dr Robin avec cône de gutta (v. Radio V).

Et quelques jours après, pose d'une prothèse : dent à pivot simple Richmond (v. Radio VI) en place depuis quatre mois.

Nous vous remercions de la bienveillante attention que vous avez prêtée à notre communication et serions très heureux d'accepter toutes les critiques et remarques que vous voudrez bien nous faire. Elles nous sont indispensables pour agrandir notre champ d'expérience et d'observation (Voir discussion, p. 524).

FOUR A PORCELAINE ÉCONOMIQUE PROPRE A VULGARISER LES TRAVAUX DE CÉRAMIQUE

Par Ch. Hulin.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 juin 1929).

616.314 039.27×14×38×7

L'appareil d'atelier que je vous présente ce soir n'a pas été construit pour détrôner le four électrique qui, malgré tout, reste debout. Ce four à porcelaine a uniquement été réalisé pour vulgariser l'emploi de la porcelaine et des émaux en art dentaire et rendre accessible à tous les praticiens l'acquisition d'un four qui, construit en série, reviendra très bon marché puisqu'il n'y entre pas de platine.

Il repose sur l'utilisation, pour la chauffe, du gaz d'éclairage rendu oxydant par adjonction d'une certaine quantité d'oxygène ; ou bien, si l'on ne possède pas le gaz, de l'utilisation de l'acétylène-oxygène.

Il se compose d'un four en terre réfractaire contenant un moufle en substances spéciales résistant aux hautes températures (3.000°),



moufle autour duquel une circulation d'air permet la chauffe totale et rapide.

La flamme chauffante arrivant sur le dessus du moufle, la partie supérieure de celui-ci chauffe un peu plus que la sole de base, ce qui

permet de cuire les parties les plus épaisses (cuspides) des couronnes en même temps que les bords cervicaux qui restent minces et ne se chargent pas.

Le chalumeau oxy-gaz ou oxy-acétylénique peut se régler pour des températures différentes en changeant le bec très simplement; on peut atteindre ainsi des températures qui vont de 600° à 3.000°.

Les maisons fournissant l'oxygène en bouteilles peuvent être sollicitées pour la location de leur matériel, ce qui est très peu onéreux et peut être remplacé très facilement par une bouteille pleine.

Le chalumeau pris indépendamment peut servir au recuit des métaux tels que le platine ou à la fonte des alliages à base de platine ou au platine lui-même.

Tous les travaux de céramiques peuvent être entrepris à l'aide de ce four, les Jaquet-Crown, couronnes en porcelaine armé genre Cournand, maquillages de dents, etc...

On peut y adjoindre un pyromètre pour mesurer la température ou se servir de montres fusibles ou même avec de l'habitude travailler simplement les cuissons au juger.

REVUE DES REVUES

LES INFECTIONS DENTAIRES

Signification pathogénique de la flore bactérienne des granulomes apicaux.

Par le Dr Bernardo Roccia.

Avec les recherches de Pesch et de Weber sur l'importante pathogénique de la flore microbienne de ces granulomes, l'étude des infections buccales et dentaires, passant du domaine des simples recherches microbiologiques à celui de l'immunité, s'est amplifiée notablement. Sur l'exemple de Frank qui avait recherché, dans le sang, la présence des anticorps lorsqu'il y a carie à streptocoques, Pesch, ayant l'intention d'établir s'il existe des réactions particulières chez les sujets porteurs de granulomes, recherche sans résultat les anticorps dans leur sérum. Il étudie, en outre, le pouvoir complémentaire de ce même sérum. Enfin, il essaie de démontrer, par l'intra-dermo-réaction, qu'il existe chez ces malades une immunité contre la toxine du germe de différents granulomes.

J'ai voulu apporter ainsi ma contribution à ces études, et j'ai recherché, parallèlement, les réactions humorales et intradermiques des sujets souffrant de granulomes, vis-à-vis des microbes isolés du foyer infectieux.

Laissant l'explication de la technique d'isolement et d'identification des germes (pour laquelle je renvoie à un travail précédent), voici suivant quelle méthode je dirigeai mes recherches : je donnai une lettre alphabétique à chaque germe, de manière que A fût à celui qui se rencontrait le plus souvent, puis B à celui qui était moins fréquent, C, D, etc...

Les germes une fois isolés, je fis diverses expériences avec eux sur le malade : intra-dermo-réaction, recherche du pouvoir bactériolytique du sang, indice opsonique, pouvoir immunogène du sérum. Je répétai les mêmes épreuves sur le sujet sain, afin d'établir une comparaison.

Pour l'intra-dermo-réaction, je fis une culture sur bouillon, à la température de 37 degrés pendant 5 à 6 jours, puis à 70 degrés pendant une heure. Cette culture fut rapidement centrifugée ensuite, de manière à séparer les cellules microbiennes du liquide de culture qui, prélevé stérilement en tubes scellés à la flamme, servit à opérer l'intra-dermo-réaction : $\frac{3}{10}$ de cmc. sont injectés dans le derme du bras.

La lecture du résultat se fait en tenant compte de la superficie de la réaction, des altérations observées, des symptômes subjectifs. Une réaction faible s'indique par le signe +, une plus forte par + +, une intense par + + + et une très intense par + + + +.

Pour déterminer le pouvoir bactériolytique du sang, on recueille 6 à 7 cmc. de celui-ci, dans une veine du pli du coude. Il est défibriné, mêlé au liquide qui tient le germe en suspension, et une moitié de ce mélange est semée sur plaque d'agar. L'autre moitié est semée après trois heures d'incubation, à la température de 37°. L'agar demeure 24 à 48 heures à 37°, puis on compte les colonies développées dans chaque culture.

Le rapport entre le nombre de colonies de la première culture et celui de la seconde représente le pouvoir bactériolytique du sang examiné.

Le rapport entre ce pouvoir chez l'individu malade et chez l'individu sain est l'indice bactériolytique.

Pour la détermination de l'indice opsonique et du pouvoir immunogène je me suis servi des leucocytes d'un exsudat peritonéal, en employant la technique communément décrite dans les traités et qu'il n'est point utile d'expliquer ici. Je dirai simplement que, dans cette suite d'expériences, sous le titre « pouvoir immunigène » le numéro indique la dilution maxima du sérum pouvant faire subir au germe la phagocytose.

Les épreuves furent faites sur huit sujets porteurs de granulomes. Dans trois cas (où coexistaient des complications locales : dans l'un, ostéopériostite du maxillaire ; dans l'autre, trajet radiculaire suppurant ; sinusite dans un troisième), après avoir fait les épreuves décrites, un traitement par l'auto-vaccin fut institué. Des doses progressives furent injectées, 50 millions de germes du microbe A pour commencer, puis 100 millions, 250, 500, 1 milliard enfin. Après la fin du traitement, les épreuves déjà faites sur le malade furent répétées.

Résultat des expériences.

GRANULOME N° 1.

Ont été isolés un streptocoque à gram positif (groupe A), et un diplocoque à gram + (groupe B).

Intradermoréaction : Germe A + ; Germe B +.
Pouvoir bactériolytique { Germe A 1,06. / » B 1,59.
Pouvoir bactériotrope { Germe A, O. / » B, O.

Après traitement par auto vaccin (avec germe A) :

Intradermo. { Germe A +. / » B + +.
Indice bactériolytique { Germe A 1,50. / » B 1,58.
Pouvoir bactériotrope { A : O. / B : G.
Indice opsonique { A : 1,61. / B : 1,18.

GRANULOME N° 2.

Un streptocoque G + (germe A) et un diplocoque G + (G. B) :

Intradermo. A + + + +. B +.
Indice bactériolytique A 1,36. B 0,50.
Pouvoir bactériotrope : A O — B O.
Indice opsonique A 0,69. B 0,76.

Après auto vaccin A :

Intradermo. A +. B. +.
Indice bactériolytique A 2,11. B 1,61.
Pouvoir bactériotrope : A, O — B, O.
Indice opsonique A 1,11. B 0, 8 3.

GRANULOME N° 3.

Un streptocoque G + (germe A) et un staphylocoque G (germe B) :

Intradermo. A + + +. B +.
Indice bactériolytique A 0,88. B 1,54.
Pouvoir bactériotrope A : 400. B : 0.
Indice opsonique : A 1,09 ; B 0,60.

Après traitement :

Intradermo. : A + ; B +.
Indice bactériolytique A 0,26. B 0,28.
Pouvoir bactériotrope A : 200. B : 0.
Indice opsonique A : 1,49. B : 1,10.

GRANULOME N° 4.

(Streptocoque G + germe unique non hémolytique)

Intradermo. : — + + +.
Indice bactériolytique : — 0,99.
Pouvoir bactériotrope : — 0.
Indice opsonique : — 1,59.

GRANULOME N° 5.

(Streptocoque G + hémolytique avec germe A et diplocoque G + germe B).

Intradermo. A + + + +. B + + +.
Indice bactériolytique : — A 2,70 ; B 1.40.
Pouvoir bactériotrope : — A 200 ; B 200.
Indice opsonique : — A 1,24 ; B 0,74.

GRANULOME N° 6.

Streptocoque Gram + hémolytique (germe A), staphylocoque (germe B).

Intradermo. : Germe A + + ; B +.
Indice bactériolytique : A 4,50 — B 1,22.
Indice bactériotrope : A 200 — Germe B 0.
Indice opsonique : A 0,80 — B 1,44.

GRANULOME N° 7.

Streptocoque G + anhémolytique (A) et diplocoque Gr. + (B).

Intradermo : Germe A + + + — B +.
Indice bactériolytique : A 0,85 — B 0,79.
Pouvoir bactériotrope : A 0 ; B 0.
Indice opsonique : Germe A 1,31 — Germe B 0,73.

GRANULOME N° 8.

Staphylocoque G + (germe unique).

Intradermo : +.
Indice bactériolytique : 1,50.
Pouvoir bactériotrope : 200.
Indice opsonique : 1,17.

Conclusions. — On peut conclure des recherches précédentes qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'intensité de l'intra-dermo-réaction et la nature des germes existant dans les granulomes. Même, les germes qui prédominent dans le foyer infectieux, ou qui s'y trouvent exclusivement, ne présentent pas de pouvoir antigène particulier. Les réactions sanguines (pouvoir bactériolytique) et du sérum (ind. ops. pouvoir immunigène) présentent également des variations, et ne sont nullement parallèles à l'intra-dermoréaction. On pourrait faire une exception, en quelques cas, pour le pouvoir immunigène, mais le fait n'est pas assez constant pour permettre des conclusions définitives.

On pourrait de là être induit à conclure que, le plus souvent, les germes du granulome ne provoquent qu'une réaction locale, sans réaction générale de l'organisme, et vivent à l'état de saprophytes aux dépens de la substance organique morte.

Il est d'ailleurs possible qu'en certains cas, pour une raison qui nous échappe encore (soit par augmentation de la virulence du germe, soit par

diminution de résistance de l'organisme), les microbes contenus dans les granulomes apicaux deviennent pathogènes pour l'organisme et donnent lieu à des complications d'ordre local et d'ordre général.

M. C.

(*La Cultura stomatologica*, février 1929).

LE MIROIR IRRIGATEUR

Par M. FABRET (de NICE).

Le miroir irrigateur, fond en un seul deux instruments indispensables: la poire et le miroir. Il a été imaginé pour soulager l'opérateur dans les manipulations, parfois compliquées, de la dentisterie opératoire.

On peut dire de lui qu'il dispense l'opérateur d'une troisième main. Ceux qui travaillent sans l'assistance d'une infirmière apprécieront sa précieuse intervention. Ceux qui se font aider l'apprécieront aussi, car l'auto-irrigation est préférable au jet servi par une tierce personne.

En effet, par un réflexe naturel, l'opérateur qui meule une dent presse sur la poire selon les nécessités du « mouillage » qu'il dirige adroitement grâce au contrôle du miroir.

Il apporte encore un puissant concours au praticien en lui assurant la sécurité dans l'emploi de disques ou de séparateurs tranchants : un dispositif joint à la pièce à main permet de protéger la lèvre pendant que l'instrument protège la langue, ou de protéger la langue pendant que l'instrument protège la lèvre.

Ce dispositif consiste en une petite cuillère s'adaptant à la pièce à main à l'aide d'une bague fendue, qui s'enlève ou s'adapte avec la plus grande facilité et ne gêne en rien l'opération du meulage.

Le miroir est en métal nickelé, donc incassable et d'une durée indéfinie. Quand il a subi trop longtemps les injures de la meule on le repolit et il continue à servir. Il se démonte facilement à la main. Ses parties métalliques peuvent affronter tous les systèmes de stérilisation sans se détériorer. Il se compose d'un miroir métallique A dont le manche creux est muni d'une poire permettant de projeter un liquide s'écoulant soit par un orifice percé au centre du miroir, soit par un orifice ménagé à sa partie dorsale.

Un second miroir B complète le premier miroir A, offrant, de plus, l'avantage de conserver toujours polie, toujours neuve, la surface du miroir, car il demeure à l'abri des coups de meule. L'appareil, toujours empli d'un liquide tiède, supprime la buée si agaçante pendant un examen de la bouche.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 4 juin 1929.

PRÉSIDENCE DE M. WALLIS-DAVY, vice-président.

M. le Président. — J'ai à vous présenter les excuses de notre Président M. Bonnet-Roy qui, obligé d'assister à une réunion de chirurgiens, ne peut être des nôtres ce soir et m'a prié de le remplacer.

I. — PRÉSENTATION D'UN FOUR A PORCELAINE ÉCONOMIQUE PROPRE A VULGARISER LES TRAVAUX DE CÉRAMIQUE, PAR M. HULIN.

M. Hulin donne lecture de sa communication (v. p. 511).

M. le Président. — Je remercie vivement M. Hulin de sa très intéressante présentation.

II. — A PROPOS D'UN RÉCENT JUGEMENT DU TRIBUNAL DE LA SEINE SUR LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE, PAR M. THEUVENY.

M. Theuveny donne lecture de sa communication (v. p. 503).

DISCUSSION.

M. le Dr Roy. — Je suis très heureux d'avoir vu un jeune confrère, petit-fils de notre ami Viau, venir donner un exemple qui, d'une façon générale, n'est pas assez suivi par nos jeunes confrères, qui hésitent trop souvent à nous apporter le fruit de leur jeune expérience ou de leurs réflexions. Je félicite donc très vivement notre jeune confrère Theuveny de la très intéressante communication qu'il nous fait sur un sujet qui, il l'a dit lui-même, est tout à fait d'actualité.

J'ai déjà eu l'occasion de prendre la parole sur des questions de responsabilité médicale, et de signaler quelques cas intéressants. Je crois, en effet, comme Theuveny, qu'il y a lieu de nous préoccuper un peu de ces questions-là, car il est certain que nous ne sommes pas à l'abri d'accidents quelquefois graves et tout à fait inattendus, souvent même à l'occasion d'opérations absolument bénignes. J'ai eu, pour ma part, dans ma clientèle, il n'y a pas très longtemps, deux exemples de choses semblables particulièrement impressionnantes et dont l'un des cas, notamment, était tout à fait insignifiant, puisqu'il s'agissait d'une jeune fille à laquelle, après disparition complète d'accidents très bénins d'une dent de sagesse inférieure, j'avais pratiqué l'excision de quelques millimètres de gencive pour dégager complètement cette dent ; à la suite de cette simple opération, faite dans les conditions d'asepsie les plus complètes

que l'on puisse pratiquer, cette malade a eu des accidents très graves qui ont mis ses jours en danger. J'y reviendrai peut-être un jour parce qu'il y a eu des causes dans l'état général de cette jeune fille qui ont expliqué ce phénomène. Néanmoins, vous voyez qu'à propos d'une opération on ne peut plus bénigne, une malade a couru de grands dangers ; il n'y a pas eu de questions de responsabilité civile soulevée en aucune manière, la famille, très intelligente, n'a pas eu le moindre doute quant à la nature des accidents qui se sont produits. Cependant, cela montre que, dans une opération anodine, vous pouvez vous trouver en présence de graves accidents inattendus où ces questions sont susceptibles d'être posées par des familles mal informées.

Dans les anesthésies générales, les cas de mort surviennent rarement dans les grosses opérations, mais généralement dans les opérations les plus bénignes, ongle incarné, par exemple. Il est donc certain que la responsabilité des dentistes peut se trouver engagée, et elle est engagée quelquefois dans des circonstances qui ne sont pas toujours justifiées, mais il nous est difficile de nous défendre d'autant plus qu'il ne faut pas oublier que, depuis un certain nombre d'années, il y a un état d'esprit dans la magistrature qui n'est pas très favorable aux médecins et à ceux qui pratiquent l'art de guérir. Il faut donc faire très attention.

Je crois que Theuveny a posé là une question particulièrement intéressante et je ne serai pas fâché de voir un certain nombre de confrères donner leur avis sur ces sujets délicats où le point de vue esthétique seul est soulevé. Cependant, si la question esthétique seule est soulevée lorsqu'il s'agit du remplacement d'une dent qui n'est disgracieuse que par sa couleur et par sa situation dans la bouche, surtout par sa couleur — et c'est la seule raison de la coloration de la dent qui fait souvent désirer par la patiente le remplacement de cette dent — il n'en est pas tout à fait de même, je crois, pour les questions d'orthodontie. Theuveny a rangé ces cas-là dans la même catégorie; j'estime que là il fait erreur, parce que il faut bien le dire, si, pour l'observateur superficiel, la question d'orthodontie n'est qu'une question d'esthétique, il n'en est plus de même pour le dentiste, pour celui qui a la compétence nécessaire, qui sait que le redressement des dents est une question fonctionnelle au premier chef.

Ce qui peut montrer toute l'importance de la question fonctionnelle, c'est le fait que, dans un très grand nombre de cas, nous pratiquons l'élargissement des maxillaires. Or, nous savons tous que cet élargissement des maxillaires a une répercussion immédiate non seulement sur la bouche, mais sur les fosses nasales. En élargissant les fosses nasales, nous apportons une amélioration considérable dans le développement des enfants et assurons une respiration nasale meilleure, phénomène qui préoccupe tous les médecins et particulièrement nos confrères rhinologistes.

Il serait donc abusif de laisser ranger l'orthodontie dans les opérations purement esthétiques ; ce sont des opérations qui se proposent un but à la fois esthétique et fonctionnel.

Cela posé, il faut bien nous dire que ce n'est pas nous, dentistes, qui serions toutefois appelés à juger la question, que ce sont des magistrats et que ceux-ci pourraient très bien, avec la pratique suivie dans le cas signalé par Theuveny ou dans un cas que je vous ai cité ici, où un confrère a été poursuivi et où le tribunal a conclu de son propre chef contre le rapport de l'expert, juger une opération d'orthodontie comme une opération purement esthétique. Il y a donc là des questions délicates à apprécier et c'est pourquoi je félicite Theuveny d'avoir soulevé cette intéressante discussion.

M. le Dr Solas. — Il y a une catégorie d'interventions auxquelles on n'a pas fait allusion jusqu'à présent, mais qui ont une très grande importance : je veux parler de celles qui touchent aux mutilations de la face.

Pendant la guerre, on a soigné quantité de mutilés de la face ; beaucoup ont été guéris ; ils avaient toutes leurs fonctions normales récupérées et tout ce qu'on leur a fait comme chirurgie esthétique depuis n'a eu très souvent pour objet que de remédier aux difformités apparentes ; mais, en réalité, si l'on admettait la jurisprudence soutenue pour le cas Dujarrier, toutes les opérations esthétiques sur la face devraient être condamnées, car, du moment qu'un sujet respire et déglutit, le chirurgien devrait s'abstenir de toute opération destinée uniquement à améliorer le facies.

J'estime que nous ne devrions pas accepter ce jugement comme définitif. Nous devrions tenter d'agir auprès des pouvoirs publics pour faire étudier et trancher ce cas d'une façon beaucoup plus large.

Le facteur moral joue un rôle très important qui peut aller jusqu'à entraîner la neurasthénie du sujet. Cette considération mérite d'être retenue, et si nos Sociétés scientifiques pouvaient émettre un vœu qui serait transmis aux pouvoirs publics de façon à éclairer et éventuellement modifier la jurisprudence, je crois que nous aurions fait œuvre utile.

M. G. Villain. — M. Theuveny a bien fait de soulever cette question, que M. Solas a mise sur le terrain où je voulais la placer moi-même. Depuis quelques années, nous voyons les magistrats user de leur droit d'interprétation d'une façon qui semble un peu abusive ; à côté de condamnations qui peuvent être légitimes, nous en avons vu qui étaient parfaitement injustes et même intolérables.

Le procès en question a posé la question de responsabilité dans les interventions dont le but est purement esthétique, mais la malade était non seulement consentante, mais également solliciteuse ; le chirurgien ne l'a pas obligée à venir sur la table d'opération. Les juges ont estimé qu'elle était dans des conditions psychologiques particulières et que les

conséquences graves, le préjudice subi devaient incomber en grosse partie au chirurgien.

Il est possible que l'on puisse faire reviser de tels jugements, et j'espère bien qu'en appel celui-ci sera modifié.

En ce qui nous concerne, la question esthétique est très importante. Les dents pour nos malades jouent un rôle esthétique primordial, indépendamment de leurs rôles phonétique et fonctionnel. Dans certaines professions, l'absence des incisives, leur malformation, leur malposition ou leur coloration défectueuse ont un rôle très important à tel point que, dans les Assurances sociales, on a donné le droit aux assujettis de se faire placer des appareils purement esthétiques lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'exercice de leur profession.

Il y a donc des cas où il faudrait distinguer l'esthétique. Je crois qu'il serait injuste, de la part des tribunaux, de nous condamner pour avoir tenté sur les dents un acte d'amélioration esthétique, lorsque celui-ci est utile à l'avenir matériel du sujet.

En dehors de cette question de responsabilité dans les interventions d'ordre esthétique, nous avons vu se créer une jurisprudence dangereuse, dans les cas d'accidents professionnels, comme la fracture d'une sonde ou d'un foret dans un canal dentaire. Or, personne n'est à l'abri d'un tel accident.

Il y a quelques années, arrivant à mon cabinet le matin, je reçois mon premier malade qui me dit : « Vous avez vu, dans le journal, qu'un de vos confrères a été condamné à 40.000 francs pour avoir fracturé une sonde dans un canal. » Comme j'avais à faire une opération qui comportait l'introduction de sondes dans les canaux de ses dents, je lui répondis : « Vous trouvez ce jugement logique ? — Certes oui ! — En ce cas comme j'ai à faire une intervention pareille et qu'on me demanderait 40.000 francs de dommages-intérêts si le même accident m'arrivait, je vous préviens que ce sera 40.000 francs d'honoraires. » Du coup mon malade n'approuva plus le jugement.

Il est donc nécessaire de faire comprendre à nos malades qu'il ne faudrait tout de même pas exagérer dans la voie des responsabilités professionnelles sans admettre la réciprocité quant au montant des honoraires, ceux-ci devant alors représenter une somme équivalente aux risques que nous courons.

Une de nos anciennes élèves, il y a trois ans, opérait une petite malade, qui fut prise de syncope. La praticienne, après avoir aéré flagelle légèrement l'enfant. Quelque temps après, poursuivie au tribunal correctionnel pour avoir donné des claques à un enfant en train de syncoper, elle fut condamnée. Ce jugement fut porté en appel ensuite et cassé. Mais c'est pour vous dire les choses extraordinaires que nous sommes susceptibles de voir dans ces questions de jurisprudence.

Je crois qu'en face de tels faits la question dépasse le cadre de notre réunion scientifique et que nous devrions la soumettre à nos Associations professionnelles. D'une façon générale, le praticien qui est attaqué par un patient dans des conditions comme celles-là a toujours intérêt à se faire défendre par une Association professionnelle ; celle-ci est plus forte moralement sur l'esprit des magistrats.

Il y aurait intérêt à confier de telles causes aux organismes professionnels et, d'autre part, ceux-ci devraient prendre en mains actuellement des faits comme ceux qui ont été signalés, s'entendre avec les syndicats de chirurgiens et de médecins, et voir s'il n'y aurait pas lieu de faire quelque chose pour reviser la jurisprudence, aller en appel, et même aller plus loin, si c'est nécessaire. Ce sont des frais de justice très onéreux devant lesquels peuvent reculer certains praticiens tandis qu'au contraire les Associations professionnelles ne devraient pas reculer, même si cela devait coûter quelque chose à chacun de nous. Nous ne devons pas accepter certaines fantaisies ni dans notre intérêt ni dans celui de nos malades, car si une jurisprudence établissait d'une façon constante la responsabilité professionnelle, il faudrait revenir aux méthodes empiriques de jadis et procéder par exemple à l'avulsion des dents sans anesthésie.

Il convient donc nous défendre, non pas seulement dans notre intérêt, mais dans l'intérêt de nos malades.

M. P. Housset. — Comme l'a indiqué le grand chirurgien Jean Louis Faure dans son discours d'ouverture du XXXVe Congrès de chirurgie, la tendance actuelle de certains malades aux revendications judiciaires peut, s'ils sont ainsi soutenus par les tribunaux, entraver les progrès de la chirurgie.

L'union de tous les praticiens pourrait conduire à une intervention utile auprès des pouvoirs publics ou créer tout au moins un mouvement favorable.

Pour nous et comme l'a précisé le Dr Roy, il faut montrer que la discrimination entre la fonction et l'esthétique est assez rare.

En réalité, il y a presque toujours une raison fonctionnelle qui motive nos interventions, et l'intérêt esthétique, malgré son importance certaine, est le plus souvent dominé par une raison physiologique ou pathologique.

Dans l'esprit du malade, un bridge d'incisives reforme le contour de la denture et autorise un sourire sans contrainte ; pour nous, il tend à équilibrer l'arcade, à maintenir l'intégrité des organes voisins, assure la phonétique et joue un rôle dans l'économie générale. Il nous faut ainsi faire l'éducation de nos malades et toujours démontrer que le respect de l'esthétique n'est pas le mobile exclusif de nos interventions.

M. Hulin. — Je crois que le législateur a voulu, dans ces questions-là, surtout réprimer ce que l'on appelle les interventions de complaisance, c'est-à-dire le cas d'esthétique pure, qui n'est justifié par aucune des causes pathologiques que nous venons de citer, par exemple celui

de cette dame, parce que c'est, à mon sens, une intervention de complaisance pure, l'état des jambes n'ayant dans ce cas amené aucun trouble pathologique.

Or, dans notre profession, jamais nous ne faisons d'interventions de complaisance pure, elles sont toujours motivées, et du moment que vous pouvez justifier votre intervention pour des raisons physiologiques, de mastication par exemple, vous faites jouer alors le facteur utilitaire, et vous n'avez rien à craindre de cette jurisprudence.

Récemment une opération a été faite sur une femme ; le chirurgien a été attaqué parce que la cicatrice était devenue monstrueuse. La malade a cité le chirurgien en première instance, le chirurgien a pu faire ressortir que son intervention était justifiée par des raisons pathologiques, et, de ce fait, utile pour la malade, et quoique la déformation soit épouvantable il a été acquitté, son intervention étant nécessaire.

Il y a là une question d'esthétique pure, évidemment, mais je ne crois pas qu'un tribunal puisse vous condamner parce que vous avez manqué la teinte d'un synthétique, ou d'une prothèse quelconque.

M. le Dr Roy. — Supposez des accidents infectieux.

M. Hulin. — Ce n'est pas la même chose, vous êtes condamné quand il y a faute professionnelle, et c'est au tribunal de faire la preuve ; dans ce cas, c'est la faute professionnelle qu'il faudra déterminer et, qui seule est punissable.

M. Lentulo. — Notre confrère, par sa communication, ne met pas précisément en discussion le jugement du tribunal, mais a surtout tenté de tirer les conséquences d'un rapprochement qu'il établit entre une opération de chirurgie esthétique qui s'est terminée malheureusement, et ce que nous sommes appelés à faire nous-mêmes.

Je crois qu'il faut noter, au contraire, une différence sensible entre une chirurgie esthétique qui peut se traduire par la mort ou la perte d'une jambe, qui est d'une pratique récente, qui semble même résulter d'une sorte de psychose spéciale d'après guerre, et notre pratique à nous, classique, formée par un long passé et dont les catastrophes sont exclues.

Je ne crois pas qu'on puisse mettre cela sur le même plan et nous n'avons certainement pas à nous préoccuper de ce jugement qui ne nous intéresse pas. S'en occuper davantage revient à poser un autre problème. Devons-nous, dans notre pratique, exiger une immunité totale et entière conférée par des diplômes ?

M. G. Viau. — Dans les cas d'orthodontie que nous traitons, 95 fois sur 100 la mâchoire du sujet présente une anomalie d'articulation plus ou moins grave, mais il y en a toujours une, sauf le cas d'une dent mal placée qu'on vient de dire tout à l'heure. Par conséquent, en même temps que nous rétablissons l'harmonie, nous rétablissons l'articulation au point de vue fonctionnel ; c'est extrêmement important pour la santé,

pour la mastication et c'est un argument qu'il ne faudrait pas oublier.

En tout cas, je crois que la séance de ce soir aura été très utile et que ce doit être pour nous une préoccupation d'avenir ainsi que nos amis viennent de le dire d'une façon excellente.

M. Theuveny. — Je remercie tous mes maîtres de prendre autant d'intérêt à ma modeste communication.

Je dirai à M. Hulin que, dans le cas que j'ai cité, il ne s'agit pas d'un « traitement de complaisance » mais d'une cliente « normale » — si je puis dire — qui, son moral étant atteint, était véritablement tombée malade. A M. Lentulo, je répondrai qu'évidemment les différences sont sensibles entre le cas du Dr Dujarier et ceux que nous avons envisagés, car rarement une faute dans un cas esthétique — je tiens à mon mot — pourrait entraîner la mort de notre patiente. Mais en tout cas, je crois que l'idée est excellente de nous en remettre aux Associations professionnelles et tout au moins d'essayer de trouver un appui contre ces jugements qui finiraient par trop entraver notre profession et nos moyens d'agir ; je crois qu'il serait important d'essayer d'agir dans le sens que le Dr Solas et M. Georges Villain indiquaient tout à l'heure.

M. le Président. — M. le Dr Roy ayant félicité M. Theuveny, je me borne à le remercier de sa communication. Je suis très heureux de la discussion intéressante que cette communication a provoquée. Nous nous trouvons actuellement devant deux propositions qui peuvent très bien n'en faire qu'une : M. Solas nous a proposé d'émettre un vœu qui serait présenté aux pouvoirs publics ; M. G. Villain nous a proposé de soumettre la question à nos Associations professionnelles. Je crois que le Bureau de la Société d'Odontologie pourra étudier cette question et la renvoyer comme l'a demandé M. Villain, à nos Associations professionnelles.

III. — Un cas de résorption de kyste par le traitement colloïdal, par M. Di Ruggiero.

M. Di Ruggiero donne lecture de la communication (v. p. 507).

Discussion.

M. Hulin. — M. Di Ruggiero vient de nous faire voir de belles radiographies, mais je désirerais savoir s'il a été démontré, par un diagnostic précis, qu'il avait bien affaire à un kyste.

Il me semble plutôt que nous voyons sur ces radiographies une simple zone radio-claire infectieuse comme nous avons l'habitude d'en observer. J'entends par diagnostic précis un prélèvement histologique, permettant de constater un revêtement épithélial à l'intérieur de la cavité kystique.

D'autre part, M. Di Ruggiero nous parle du traitement de cette lésion au moyen des colloïdes. J'attire l'attention de l'auditoire sur la diffé-

rence qu'il faut faire entre les colloïdes thérapeutiques de M. Di Ruggiero et les colloïdes humoraux ou naturels dont je vous ai si souvent entretenus.

Les colloïdes thérapeutiques sont artificiels et généralement minéraux, quelquefois lipoïdiques, mais ils n'ont aucun point commun avec les colloïdes biologiques dont je vous ai parlé.

D'autre part, je signale un fait bien connu des praticiens au point de vue de la thérapeutique de ces zones radio-claires. On obtient souvent des résultats curatifs très probants en injectant sous pression par le canal de la dent un liquide quelconque ayant une action modificatrice sur les tissus péri-apicaux; ont cette propriété : l'eugénol, la créosote de houille, solution faible de chlorure de zinc, etc...

L'important dans cette manœuvre, c'est de s'assurer que le liquide passe bien au travers de la lésion, soit naturellement s'il y a fistule, soit artificiellement si l'on a eu soin de faire une pointe de feu très profonde jusqu'au contact de l'apex pour provoquer un meat externe.

M. le Dr Solas. — M. Roy tout à l'heure regrettait de ne pas voir les jeunes prendre la parole. Nous sommes gâtés ce soir, puisque c'est encore un de nos élèves qui nous fait une communication.

D'abord, je voudrais complimenter, à ce sujet, quelqu'un qui joue modestement à l'Ecole un rôle très important. M. Texier s'occupe d'une façon très active d'un certain nombre d'élèves et je tiens à le féliciter publiquement parce que, à la dernière séance de la Semaine Odontologique, il nous a présenté un groupe de six élèves qui ont fait des démonstrations de dentisterie opératoires sur patient.

Il faut nous féliciter aussi d'avoir institué un concours d'asepsie il y a deux ans, et M. Di Ruggiero en a été l'un des lauréats. Par conséquent, ce concours a abouti d'une façon bien tangible ce soir à présenter un élève qui fait honneur à notre profession.

Enfin, je tiens à feliciter M. Di Ruggiero de son travail, que j'ai suivi personnellement, et je vous assure que cela représente un labeur très considérable; il y a passé de nombreuses matinées ; et, puisque l'an dernier nous avons fondé un prix de la Société d'Odontologie en faveur d'un élève de troisième année, je vous demande de retenir le travail de M. Di Ruggiero en vue de l'attribution éventuelle d'une récompense.

M. Housset. — Dans l'observation présentée par M. Di Ruggiero l'auteur indique des alternances de traitements au formol et aux colloïdes. Il est alors assez difficile d'établir exactement quelle est la part revenant à chacune de ces médications dans le résultat thérapeutique. Quant aux radiographies nous montrent-elles réellement une régénération osseuse probante ?

M. Hulin dit que, par l'injection d'un liquide modificateur quelconque dans le canal, on peut observer un processus d'évolution de la lésion péri-apicale, ceci est absolument juste et, en dehors même de l'action d'un

produit instillé, il y a une manœuvre qui modifie l'état du péri-apex, c'est l'alésage bien fait et le drainage de la lésion osseuse.

Dans une communication qui va paraître, j'indiquais qu'à la suite d'un simple drainage du péri-apex par voie radiculaire et sans l'application d'aucune antisepsie, j'avais vu disparaître une aréole siégeant sur une incisive latérale et paraissant indiquer un granulome de volume notable. Or, ces constatations s'éclairent à la lecture des travaux de Leriche et Policard sur la régénération de l'os. L'os peut se régénérer dans certains cas sans que nous lui apportions le secours d'antiseptiques, simplement en drainant une infection et en permettant aux moyens de défense de reprendre leur action. Je ne peux m'étendre sur cette question dont j'ai tenté un premier développement dans ma communication d'avril 1929.

M. Di Ruggiero. — Je remercie tout d'abord mes maîtres de leurs observations et critiques, et suis très heureux de toutes les explications qu'ils ont bien voulu me donner — surtout, le Dr Roy qui m'a toujours enseigné d'avoir beaucoup de prudence pour l'interprétation d'une radiographie.

Cependant, je répondrai à M. Hulin que le diagnostic de kyste posé sur la radiographie était exact : c'était en effet un kyste, d'après les signes cliniques, et l'écoulement de liquide jaunâtre qui n'était pas seulement du pus, mais présentait aussi des paillettes brillantes. Malheureusement, le contrôle au laboratoire n'a pas été fait tout de suite. Ce contrôle devenait par la suite plus difficile, voire impossible, sans léser le kyste et compromettre l'intégrité de la lésion.

M. Hulin. — M. le Dr Roy sait mieux que quiconque que si on laisse une parcelle du revêtement épithélial d'un kyste, quand on traite la lésion chirurgicalement on est tout étonné de constater des récidives parce que dans ces conditions la tumeur continue son évolution proliférative et se reconstitue selon le mode primitif.

Je ne sais pas ce que peut donner, dans un cas de kyste avéré, la thérapeutique par les colloïdes artificiels, et ce serait là un terrain d'investigations pour M. Di Ruggiero.

M. le Dr Roy. — Cette communication soulève de nombreuses questions. Mais, je ne veux en retenir et signaler qu'une seule : c'est, que je crois qu'il y aurait lieu de rectifier le titre de la communication en ce sens qu'il ne paraît pas, d'après ce que je puis en juger, par l'observation qui vient de nous être présentée, qu'il s'agissait d'un kyste, mais d'un abcès chronique. J'estime, en effet, qu'un kyste n'est pas, lui, susceptible de guérir par les colloïdes, parce que le kyste n'est pas une production inflammatoire. Il y a une différence absolument tranchée au point de vue pathologique entre un abcès alvéolaire, même un granulome, et un kyste. Le kyste n'est pas une affection purement inflammatoire, c'est un néoplasme développé dans des conditions déterminées par une infection

apicale préalable, c'est entendu, mais c'est un néoplasme avec tous ses caractères, c'est-à-dire d'un développement lent, mais continu et avec la constitution d'un tissu tout à fait nouveau. Or, si un abcès même considérable, avec toutes ses fongosités suppurantes, est susceptible de se guérir spontanément par l'action des éléments cellulaires à la suite d'une désinfection canaliculaire tarissant la source de l'infection, il n'en est pas de même d'un kyste. Vous enlevez une dent ayant provoqué la formation d'un kyste ; si celui-ci n'est pas venu avec la dent, il ne se guérit pas et continue son évolution exactement comme si la dent n'avait pas été enlevée. J'ai opéré encore l'autre jour un cas de ce genre. C'est un phénomène que l'on observe fréquemment, de kystes qui continuent leur développement malgré l'extraction de la dent.

Un abcès, au contraire, ne continue jamais son développement une fois la dent extraite.

Je félicite M. Di Ruggiero, qui a été un des bons élèves de mon service de la Pitié, pendant plusieurs années, et je suis très heureux de le voir parmi nous ce soir. Son travail est très intéressant, son observation bien présentée et je le félicite de ce début qui nous fait espérer en lui un des bons collaborateurs d'avenir aux travaux de notre Société.

Mon voisin, mon ami George Viau, me dit que nous nous servons du mot « kyste » un peu trop facilement ; cela est parfaitement exact, mon expérience me permet de vous le dire, lorsque, sur une radio vous voyez une petite tumeur régulière, bien arrondie à l'extrémité d'une racine, ne dites pas forcément kyste ; dites lésion péri-apicale, et avant de préjuger du kyste ou de l'abcès, soyez très réservés, parce que souvent vous feriez une erreur en pensant que c'est un kyste. Ce qui donne créance à cette idée, c'est la forme très régulière de la zone radio-claire ; mais, croyez-moi, ce n'est pas une preuve du tout qu'il ne s'agit pas d'un abcès alvéolaire pouvant affecter, lui aussi, une forme analogue à celle d'un kyste ; un granulome également, et je répète que, si je crois à la possibilité de guérison d'un granulome par organisation scléreuse ou résorption à la suite de la suppression de l'infection canaliculaire, je ne crois pas à cette possibilité pour le kyste.

Je sais que certains auteurs, M. Delater en particulier, font du kyste une évolution particulière du granulome dont il dériverait. Je ne suis pas éloigné, du point de vue clinique, d'accepter cette filiation mais je crois que si l'état granulomateux est susceptible de guérison spontanée, dans les conditions que je viens d'indiquer, il n'en est plus de même lorsque le kyste, avec sa paroi propre sécrétante, est constitué.

M. le Président. — Cette communication a amené une discussion très intéressante. Je veux remercier et féliciter M. Di Ruggiero et surtout lui recommander de ne pas se laisser impressionner par ces discussions , il ne faut pas qu'elles l'arrêtent ou l'effrayent.

IV. — Discussion de la communication de M. Ch. Hulin : Pyorrhée expérimentale et thérapeutique antipyorrhéique.

M. le Dr Roy. — J'ai été particulièrement intéressé par la communication de M. Hulin sur l'état anaphylactique et la pyorrhée. Etant donné les travaux que j'ai poursuivis sur ce sujet, vous ne serez pas surpris que je prenne la parole pour discuter sa très intéressante communication.

Il y a, à mon avis, au sujet de l'étude de la pyorrhée, trois points à considérer : d'abord la *pathogénie*, l'étude de la lésion initiale, d'où l'on peut déduire ensuite la *nature* de la maladie. C'est l'étude de la lésion initiale qui servira de base à cette question si délicate à élucider : est-ce une maladie générale ou une maladie locale ? Enfin, un dernier point à considérer : c'est l'*étiologie*.

Dans les études que j'ai consacrées à la pyorrhée alvéolaire, c'est dans cet ordre que j'ai étudié les différents problèmes que soulève la pyorrhée. Je me suis efforcé d'établir la lésion initiale et la marche de la maladie [1] et je considère que la lésion initiale de la pyorrhée alvéolaire est une résorption alvéolaire sénile précoce, provoquée par une cause générale avec des causes locales surajoutées. Enfin, étudiant l'étiologie [2], j'ai rattaché cette maladie à l'arthristisme, mais en en faisant une maladie autonome.

En ce qui concerne l'étiologie, voici les conclusions auxquelles je suis arrivé dans mon dernier travail :

« Il semble qu'à l'origine de la pyorrhée, comme de toutes les mala-
« dies arthritiques, il y ait des troubles du métabolisme ; mais ceux-ci
« naissent-ils *sponte sua* ou sont-ils provoqués par quelque altération
« dans le système sympathique ou dans quelque glande à secrétion interne
« amenant les troubles, probablement circulatoires, qui provoquent la
« résorption alvéolaire sénile précoce ? Il est impossible, à l'heure
« actuelle, de répondre à ces questions qui ne pourront être résolues
« que par de très nombreuses recherches de laboratoire, comportant des
« examens biologiques et chimiques du sang et des diverses humeurs
« des malades et des analyses précises de leurs divers excréta. »

Hulin, dans son étude, reconnaît que la pyorrhée est de cause générale et, après avoir reconnu l'influence de la diathèse arthritique dans le développement de cette maladie, c'est à cette question de l'arthritisme, lui-même, qu'il s'est attaqué. Il a abordé là un très gros problème, car il a essayé d'élucider non pas seulement le problème de la pyorrhée, mais celui de l'arthritisme lui-même : or, il faut bien convenir que c'est là un des gros problèmes de la pathologie générale. Il fait de

1. M. Roy. — La pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire, 6e Congrès dentaire international, Londres, 1914. *L'Odontologie*, 1919, p. 139, 191, 233.
2. M. Roy. — La nature et l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire. *L'Odontologie*, 1927, p. 353 et 828.

cette diathèse un état colloïdo-clasique général et de la pyorrhée un état colloïdo-clasique local. Son sujet a été présenté de façon très intéressante ; il l'a défendu avec une très grande ardeur ; je l'ai écouté pour ma part, avec beaucoup d'attention ; il m'avait communiqué son travail avant de le présenter ; je l'avais lu préalablement avec beaucoup d'intérêt ; mais je vous avoue que je ne me reconnais pas le droit à l'heure actuelle de me prononcer sur cette très grosse question. Mon excellent confrère Julien Tellier, dont on ne saurait trop rappeler la remarquable étude publiée autrefois sur la pyorrhée, concluait ainsi à la suite d'une importante discussion qui a suivi un résumé du travail de M. Hulin présentée récemment à Lyon : « Pour les interprétations, la prudence commande d'attendre l'acquisition de notions nouvelles [1]. » Je ne puis que me rallier, pour l'instant, à cette opinion autorisée.

Au cours de la lecture de cet important travail, j'ai eu plaisir à constater un certain nombre de faits qui m'ont causé une certaine satisfaction. C'est ainsi que j'ai vu que M. Hulin disait, en parlant de la nature de la pyorrhée, non seulement que cette affection était de *cause générale* (je ne lui en fais pas un grief, bien au contraire), mais encore que c'était *une théorie admise par tous les auteurs*, Je crois qu'il exagère ; néanmoins, il ne m'est pas désagréable, après avoir rompu tant de lances en faveur de cette thèse de la cause générale de la pyorrhée, de voir M. Hulin s'y rallier et déclarer même (O illusion !) qu'elle est admise par tous.

Dans la discussion très importante qui a eu lieu à Lyon, à la suite du résumé de cette communication, présenté par M. Hulin à la Société des Dentistes du Rhône, et à laquelle j'ai déjà fait allusion tout à l'heure, M. Fichot, qui a fait des études importantes sur la pyorrhée alvéolaire, a dit, entre autres choses : « M. Roy soutient que la formation du cul-de-« sac est due au défaut de parallélisme entre la résorption de l'alvéole, « la rétraction et la fonte du ligament et de la gencive. *C'est là un truisme « et nul n'infirmera jamais une pareille constatation* [2] ». Il ne m'avait vraiment pas paru, lorsque j'avais exposé cette théorie pour la première fois, que mes contradicteurs la considéraient comme un *truisme*, autrement dit, comme une vérité banale ; il ne me déplaît pas du tout d'apprendre, par M. Fichot, que cette théorie l'est devenue.

J'ai été très heureux également de constater que, citant cette phrase de moi : « L'hygiène des pyorrhéiques doit s'inspirer de ce principe essen-« tiel que les culs-de-sac pyorrhéiques ne se forment autour d'une dent « qu'autant qu'un point quelconque du collet gingival de cette dent « n'est pas maintenu dans un état suffisant de propreté. » M. Hulin ajoutait que ce principe *était admis par tous les auteurs*. Cela me fait grand plaisir, car cette notion capitale est à la base de toute la prophylaxie

1. La *Province Dentaire* 1929, p. 130.
2. *La Province Dentaire*, 1929, p. 122.

de la pyorrhée alvéolaire et je suis vraiment heureux si, comme il le dit, elle est admise par tous les auteurs.

J'ai été heureux de constater à propos du travail de Hulin que les points de vue se rapprochent et, dans les observations que je vais présenter, et dont je viens d'avoir déjà l'occasion de citer quelques exemples, j'aurai l'occasion de signaler nombre de rapprochements entre des théories de confrères, qui, autrefois semblaient assez profondément séparées.

Cependant, si je suis d'accord sur un certain nombre de points, il en est d'autres pour lesquels je ne partage pas sa manière de voir.

Il admet, comme je l'ai dit tout à l'heure, la pyorrhée comme étant de cause générale. Là, nous sommes entièrement d'accord et je crois qu'il est impossible à n'importe quel observateur attentif qui recherche la maladie dans les premières phases de sa manifestation, de ne pas reconnaître qu'incontestablement un facteur général intervient pour déclancher la pyorrhée alvéolaire. Elle a pu être préparée par des causes locales accessoires, mais c'est une modification de l'état général des sujets qui, à un moment donné de l'existence, détermine la production de la pyorrhée alvéolaire. Malheureusement, il faut bien le dire, dans nombre de cas, le moment de ce déclanchement échappe à notre observation, surtout si nous ne savons pas rechercher, dépister la pyorrhée alvéolaire dans ses premières manifestations ; mais si vous voulez bien, comme moi, chez tous les sujets sans exception, *jeunes ou vieux*, soumis à votre observation, rechercher la pyorrhée alvéolaire par une exploration systématique de la rainure gingivale de toutes les dents *pyorrhéiques ou non d'apparence*, vous pourrez constater l'éclosion de ce processus. Chez tous les patients qui me passent entre les mains pour un examen de bouche, après recherche de la carie, j'examine la rainure gingivale de toutes leurs dents et vous ne sauriez croire les découvertes intéressantes qu'il m'arrive de faire au cours de cette exploration. Et si vous avez la possibilité, comme moi, d'avoir des patients que vous suivez depuis de longues années, dont certains aujourd'hui, arrivés à l'âge mur, sont suivis depuis leur enfance, vous pouvez, au cours des examens successifs, assister à l'éclosion, aux premières manifestations de la pyorrhée alvéolaire et dire : voilà comment la maladie se développe.

Pour établir ce point de départ, ce n'est pas au moment où la pyorrhée alvéolaire est développée avec tout son cortège symptomatique si complexe, qu'il convient de faire son étude, car il y a, à ce moment, un tel ensemble de phénomènes qui se superposent, se surajoutent, qu'il est extrêmement difficile de démêler la part qui revient à chacun d'eux. C'est là ce qui explique les divergences si considérables qui existent entre différents auteurs et fait comprendre que la plupart ont été amenés à donner, par exemple, une importance prépondérante à la sup-

puration, c'est-à-dire au phénomène qui, en réalité, est peut-être le moins important de la pyorrhée alvéolaire, quelque paradoxale que puisse paraître cette affirmation à quelques-uns.

Sur la lésion initiale, M. Hulin n'est pas d'accord avec moi ; il s'est moins étendu sur ce sujet dans son dernier travail, mais il l'avait fait dans un précédent que j'ai déjà argumenté. Pour lui, la lésion initiale siège dans la gencive ; je considère, moi, d'après les études que j'en ai faites, qu'elle siège dans le bord alvéolaire ; que là se produit la première manifestation de la maladie ; c'est pour cette raison que je ne puis accepter l'exclusion qu'il fait, d'une façon tout à fait abusive, de tous les cas de résorption alvéolaire sans cul-de-sac qu'il n'admet pas comme étant de la pyorrhée, ce mot étant pris, bien entendu, comme dénomination de la maladie et non dans son sens étymologique.

M. Hulin dit qu'il élimine de son étude « les résorptions osseuses « des procès alvéolaires *sans manifestations suppuratives* ; la place de « ces lésions, disions-nous, n'entre pas dans le cadre de la pyorrhée « alvéolaire... »

Cette élimination procède de la méconnaissance de la lésion initiale de la pyorrhée que M. Hulin veut, à tort selon moi, placer dans la gencive et non dans le rebord alvéolaire, et il élimine ainsi des cas qui représentent justement la pyorrhée à l'état de pureté, si je puis dire, des cas où celle-ci existe sans aucune de ses complications locales.

En effet, du moment qu'il y a cul-de-sac, la pyorrhée est déjà passée à un stade plus avancé : ce n'est pas la pyorrhée, réduite à ses simples conditions d'évolution générale, il y a des phénomènes locaux surajoutés, c'est de la pyorrhée avec des complications, à tout le moins, une gingivite marginale. Mais si M. Hulin veut bien observer les cas comme je l'ai fait, il ne pourra pas méconnaître qu'il en est où la pyorrhée peut se développer avec une résorption alvéolaire sans cul-de-sac, les cas tout à fait démonstratifs à cet égard sont ceux où l'on rencontre, dans une même bouche, à la fois, des dents avec résorption alvéolaire et résorption gingivale *sans cul-de-sac*, et d'autres avec résorption alvéolaire et cul-de-sac. Si M. Hulin veut bien examiner les cas de ce genre, qui ne sont pas une exception, il pourra s'expliquer ces différenciations simplement par ce fait que la dent qui n'a pas de cul-de-sac est une dent où le parallélisme entre la résorption et la résorption alvéolaire s'est faite dans des conditions normales, par suite du brossage qui a été effectué à son niveau, tandis qu'à une autre dent de la même bouche il y a eu, par suite d'une malposition de la dent ou d'une circonstance accessoire quelconque, des troubles secondaires et notamment une absence de brossage dans ce collet gingival, dont je signalais l'importance tout à l'heure, comme l'a fait M. Hulin.

Il y a là deux phénomènes absolument identiques comme origine :

dans l'un, cette résorption s'est faite sans complication, avec résorption progressive de la gencive en même temps que de l'alvéole ; dans l'autre, au contraire, il y a eu des causes accessoires surajoutées qu'il faudrait établir pour chaque cas, et il ne s'est pas produit ce parallélisme entre les deux résorptions d'où est résultée la formation d'un cul-de-sac avec toutes ses conséquences, car toutes les complications de la pyorrhée naissent avec la formation du cul-de-sac, comme je l'ai montré dans mes études précédentes.

M. Hulin ne veut pas admettre la pyorrhée sans cul-de-sac ; mais alors, les dents qui sont guéries, celles qui ont eu un cul-de-sac et qui n'en ont plus, qui n'ont plus qu'une racine dénudée, sans cul-de-sac et sans suppuration ; celles-là ne sont donc pas des dents pyorrhéiques ?

Je dis donc qu'il ne faut pas se montrer exclusif comme l'a fait M. Hulin et qu'il y a lieu de faire rentrer dans la pyorrhée tous les cas de résorption alvéolaire de cause générale, qu'ils soient ou non accompagnés de culs-de-sac et de suppuration.

M. Hulin me fait dire dans son texte (p. 335) que je considère la résorption des crêtes alvéolaires comme étant d'origine *essentielle* ce n'est pas exact ; M. Hulin a mal interprété mon texte.

Je n'ai jamais dit, en effet, que la résorption alvéolaire était une lésion d'origine *essentielle* ; j'ai dit que la résorption alvéolaire était la lésion *initiale*, c'est-à-dire la première qui se forme, ce qui est très différent ; j'ai dit : c'est le premier en date des phénomènes morbides et ce phénomène est déterminé par une cause générale ; je n'ai donc jamais pu, dans ces conditions, en faire un phénomène essentiel.

M. Hulin considère la résorption alvéolaire dans la pyorrhée comme un phénomène surajouté ; je ne crois pas que cela soit exact. Sans doute toutes les résorptions alvéolaires ne sont pas dues à la pyorrhée, ne serait-ce que les résorptions dues à des causes locales, comme les malpositions de dents, soit au moment de leur éruption, soit à la suite de déviation par suite d'extractions de dents, cela n'empêche pas que la résorption alvéolaire est à la base de toutes les pyorrhées. Il est certain que, si la pyorrhée vient à se développer chez un individu, déterminant cette résorption alvéolaire sénile précoce, phénomène initial, selon moi, de la maladie, il est certain dis-je que c'est sur les dents qui présenteront déjà de la résorption alvéolaire de cause locale, qu'elle marquera ses effets le plus violemment, puisqu'elle va rencontrer des alvéoles déjà résorbées et que ces dents présentent des défauts d'équilibre, de la gingivite, etc. Mais ce n'est pas seulement sur ces cas-là qu'il faut étudier la résorption alvéolaire et la pyorrhée, car ils interviennent alors des phénomènes accessoires qui faussent le jugement ; pour faire une étude judicieuse, c'est sur les cas où la maladie se développe en dehors de causes locales qu'il faut le faire.

Il est un petit point sur lequel je voudrais appeler votre attention. On parle beaucoup, avec raison du reste, des travaux de Leriche et Policard ; M. Housset en parlait tout à l'heure, à propos d'un sujet tout à fait étranger à celui-ci, et Frey s'est fait le grand propagateur — dans son article *Os et Dents* — des théories de Leriche et Policard. Je n'ai pas l'intention d'apporter une critique ; néanmoins, je signale qu'il faut faire attention à une généralisation peut-être un peu excessive de certaines théories justes en elles-mêmes, mais qui comportent au moins quelques exceptions. C'est ainsi que Frey (et Hulin se rallie à cette théorie) pense que la vaso-dilatation provoque toujours une ostéolyse, et que lorsqu'il se produit une intensification de la circulation sanguine, il y a toujours une ostéolyse. Cependant, il est des cas, que j'ai signalés autrefois, dans lesquels il y a une intensification de la circulation sanguine et où il ne se produit pas d'ostéolyse, mais au contraire de l'hypertrophie osseuse.

J'ai reproduit, dans mon travail sur la Pathogénie et la Prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire [1], des figures montrant ces cas assez curieux et intéressants d'élongation de dents, non plus avec résorption alvéolaire, mais avec hypertrophie alvéolaire.

Vous tous, qui faites des travaux de prothèse, il vous est arrivé parfois de rencontrer, comme dans les cas que j'ai reproduits, des cas dans lesquels les dents sont en égression, elles viennent rencontrer le bord alvéolaire de la mâchoire opposée, dans lequel elles peuvent même s'imprimer et ces dents ne sont nullement branlantes ; elles sont, au contraire, extrêmement solides ; leur collet n'est pas dénudé ; elles ont, un bord alvéolaire très épaissi, qui présente même une grosse difficulté si l'on veut faire l'extraction de ces dents. Dans ces cas, qui sont très nets, il y a une vaso-dilatation, intensification de la circulation et cependant il ne s'est pas produit une ostéolyse consécutive. Il y a donc là une discrimination à faire entre des cas d'origine semblable ; mais d'évolution totalement différente. Le point que je soulève là est une incidente, mais le travail de Hulin me fournit l'occasion de vous signaler ce petit fait sur lequel j'appelle votre attention.

Pour Hulin, la formation des culs-de-sac gingivaux est due au contact prolongé d'albumine hétérogène qui déterminerait dans la gencive des phénomènes anaphylaxiques. Je ne le crois pas, et je pense que c'est bien par le mécanisme que j'ai indiqué, c'est-à-dire en raison de l'absence de parallélisme entre la résorption gingivale et la résorption osseuse. La formation de ces culs-de-sac est une lésion tout à fait caractéristique de la pyorrhée et parmi les raisons qui tendent à montrer que leur formation n'est pas due à la cause que Hulin a signalée, j'indiquerai particulièrement ce fait, c'est que les culs-de-sac ne se produisent jamais dans la

1. M. Roy. — La pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire, p. 32 et 33.

gingivite tartrique non pyorrhéique ; cependant, ces malades ont des dépôts, des albumines hétérogènes en abondance au contact de leurs gencives.

Dans la gingivite tartrique non pyorrhéique, la résorption osseuse est toujours proportionnelle au dépôt tartrique. Dans la pyorrhée, il n'y pas du tout parallélisme entre ces deux phénomènes.

Les expériences sur les animaux faites par Hulin sont évidemment impressionnantes au premier abord ; il nous a montré des chiens sur lesquels il avait placé en contact des gencives des albumines hétérogènes, opération qui n'a certainement pas été commode et j'ai eu l'occasion de le féliciter de la persévérance qu'il a eue pour faire ces expériences ; mais celles-ci, si intéressantes qu'elles soient ne sont pas du tout probantes et voici pourquoi : Hulin nous a montré des lésions alvéolaires assez étendues, obtenues après ce dépôt au contact des gencives d'albumines hétérogènes, mais je dois lui dire que ces lésions, tout en comportant des destructions alvéolaires n'ont rien de comparable avec les lésions osseuses de la pyorrhée. Les lésions qu'il nous a présentées sont des lésions nécrotiques aiguës. Or, qu'est-ce qui caractérise la pyorrhée alvéolaire ? C'est une maladie dont les lésions sont essentiellement chroniques et à évolution lente ; ce ne sont pas — et c'est un point sur lequel j'insiste particulièrement — des lésions nécrotiques que l'on observe dans la pyorrhée : il n'y a jamais de nécrose sauf quand vous avez des abcès pyorrhéiques, complication un peu spéciale sur laquelle il y aurait lieu de revenir.

Je vous signale que, contrairement à une opinion très répandue, le pus que l'on observe dans la pyorrhée alvéolaire n'est pas dû à la fonte des alvéoles. Examinez les culs-de-sac pyorrhéiques avec soin et vous verrez que le bord alvéolaire n'est jamais à découvert dans un cul-de-sac normal ; l'os se résorbe, mais il n'est pas nécrosé, vous n'enlevez jamais un séquestre dans la pyorrhée alvéolaire à moins qu'il n'y ait eu une complication particulière. Alors, c'est donc une maladie essentiellement chronique, dont les lésions chroniques sont à marche lente, avec résorption et non nécrose osseuse ; les expériences que nous a présentées Hulin étant des cas à marche aiguë et accompagnés de lésions nécrotiques, ces lésions ne peuvent donc, à mon avis, être assimilés à celles de la pyorrhée.

Je suis très heureux d'approuver d'une façon pleine et entière les critiques que M. Hulin adresse à M. Fichot sur le rôle qu'il veut faire jouer au traumatisme dans le traitement de la pyorrhée. Si, incontestablement, parmi les causes accessoires de la pyorrhée, le traumatisme joue un rôle considérable, c'est néanmoins une cause accessoire et il serait abusif de lui faire jouer le rôle déterminant de la pyorrhée comme M. Fichot voudrait le faire. Je n'ai rien à ajouter aux arguments que Hulin a présentés.

Un point sur lequel je suis très heureux d'adresser mes félicitations

à M. Hulin, c'est à propos de sa classification. Le mot classification, toutefois, n'est pas très juste ; il vaudrait mieux employer un autre terme, celui de *notation*. Cette notation de la pyorrhée est extrêmement intéressante ; je ne dis pas que ce soit une chose définitive ; elle peut se perfectionner, mais elle nous permet d'arriver à une notation des divers degrés de la pyorrhée *par écrit* ; cela, c'est tout à fait intéressant et il est certain que, par ce moyen, nous pouvons avoir immédiatement dans l'esprit une image du cas dont il est question dans les observations qui peuvent nous être présentées.

Hulin nous parle de l'importance du traitement général ; et certainement, il a raison d'insister sur ce point, mais il me permettra une petite observation ; il dit en effet : « *Jusqu'à nos jours*, seul le traitement local de la pyorrhée a été tenté... » Or, s'il avait bien voulu examiner plus complètement mon travail sur le traitement de la pyorrhée [1], il y aurait vu que j'ai indiqué l'importance et la nécessité du traitement général dans la pyorrhée, que j'ai consacré trois grandes pages à ce traitement général dont je ne veux pas vous infliger la lecture ; mais, étant donné que tout cela a été écrit il y a huit ans exactement, je crois donc que M. Hulin n'est pas très fondé à dire que, *jusqu'à nos jours*, personne avant lui ne s'était occupé du traitement général de la pyorrhée, pour lequel du reste je ne réclame aucune priorité puisqu'il est la conséquence naturelle de toutes les conceptions qui font de cette maladie une affection d'ordre général.

Il sera peut être intéressant pour vous, à ce sujet, que je vous donne lecture de l'ordonnance que je remets depuis plus de dix ans à mes pyorrhéiques, elle vous résumera les indications du traitement général de la maladie tel que je le conçois.

1° Régime alimentaire surtout végétarien comportant très peu de viande, pas de gibier, de conserves ni de salaisons, pas d'alcool, très peu de vin coupé d'eau ; boire modérément aux repas, un verre au plus.

2° Trois à quatre heures après le repas, prendre un à deux verres de boissons aqueuses chaudes ou froides à volonté (eau de Vittel, eau d'Evian, thé léger, citronnade, etc.).

3° Assurer la régularité des fonctions intestinales.

4° Prendre chaque jour de l'exercice proportionnellement aux forces, avec entraînement progressif mais sans atteindre le surmenage physique.

5° Matin et soir, avec une *brosse dure* et de l'eau aromatisée ou non, mais sans adjonction d'aucune poudre, pâte ou savon, brosser vigoureusement les gencives et le collet des dents, sans crainte de faire saigner ou de faire mal, partout où il est possible d'atteindre avec la brosse, du côté palatin et lingual, comme en dehors.

---

1. M. Roy. Le Traitement de la Pyorrhée alvéolaire. Congrès de Rouen, 1921. *L'Odontologie*, 1922-1923.

6° Toute dent qui ne mastique pas est plus exposée qu'une autre au développement et aux progrès de la maladie. Par conséquent, il faut mastiquer énergiquement et autant que possible sur toutes les dents. Si l'une d'elles était sensible, persister, néanmoins, dans la mesure du possible, la sensibilité étant susceptible de disparaître au bout d'un instant de mastication.

Ceci n'est que l'application des principes que j'ai développés dans le travail auquel je faisais allusion tout à l'heure. Ce qui est intéressant toutefois dans la circonstance, c'est que M. Hulin peut voir que les indications du traitement général qu'il donne, en dehors de la désensibilisation sur laquelle je fais des réserves, se rapprochent beaucoup de celles que j'ai préconisées depuis longtemps et que, là encore, comme je le disais au début et comme il l'a constaté lui-même dans d'autres circonstances, on peut dire que des théories différentes se rapprochent.

M. Hulin nous dit, à propos des mesures d'hygiène locale à prescrire, que celles-ci sont « très difficiles à obtenir chez cette catégorie de malades ».

Je vous dirai, Hulin, que je crois que c'est parce que vous ne savez pas être suffisamment convaincant. Il faut, en effet, comme vous le dites, inculquer à ces patients des principes rigoureux d'hygiène, mais croyez-moi on les inculque assez facilement, quand on leur en montre l'importance et le mécanisme, ils en réalisent bientôt les avantages et je puis vous dire que la plupart de mes malades pyorrhéiques sont des propagateurs ardents dans leur entourage des principes essentiels de l'hygiène que je leur enseigne, tellement ils sont surpris de l'amélioration qu'ils constatent dans l'état de leur bouche, quand ils brossent leurs gencives avec le soin et le zèle que je leur inculque. J'en ai qui arrivent réellement à la perfection et j'ai pu montrer aux élèves de mon service, hier précisément, des malades d'hôpital, auxquels j'ai enseigné les principes d'hygiène qu'il faut suivre, et vous auriez pu voir des gens avec un état de propreté de bouche tout à fait merveilleux, alors qu'ils n'avaient reçu aucun soin depuis sept ou huit mois.

Je ne discuterai pas les procédés de brossage indiqués par M. Hulin ; ce problème du brossage des dents nécessiterait une séance spéciale ; je ne dis pas que je ne provoquerai pas un jour un débat sur ce sujet.

Sur le traitement local, je suis heureux de voir les principes adoptés par M. Hulin ; ils sont, je l'ai dit, à peu près ceux que j'ai défendus dans mes travaux antérieurs et que je pratique depuis si longtemps. Quelle que soit la théorie, si l'on étudie bien la pyorrhée, on arrive aux mêmes principes de traitement ; l'expérience le montre d'une façon très nette.

Vous avez pu entendre, dans l'exposé fait par M. Hulin, qu'il ne fait, dans son traitement, rien spécialement contre le pus. Il n'y a, en effet, rien de spécial à faire contre le pus, je l'ai montré dans mes travaux anté-

rieurs ; le pus ne se forme que quand il y a un cul-de-sac ; nettoyez-les complètement, supprimez-les, il n'y aura plus de pus.

Dans le traitement local, je ferai une critique à M. Hulin : c'est au sujet de la place tout à fait insuffisante qu'il a réservée dans son exposé au rétablissement de l'équilibre articulaire. Il l'a indiqué, mais de façon tout à fait brève. Or, si je suis opposé aux théories développées par Fichot qui voudrait faire de la pyorrhée une maladie traumatique, cela ne m'empêche pas de dire que le traumatisme joue un rôle considérable dans le développement de la maladie, c'est pourquoi j'ai, dans le traitement de la pyorrhée, posé ce principe que les dents des pyorrhéiques doivent répondre à des conditions d'équilibre particulières, que leurs arcades dentaires doivent être articulées comme un dentier complet ; c'est là un principe essentiel.

L'idéal serait de rendre la mâchoire d'un pyorrhéique absolument abrasée. Vous remarquerez que les individus qui ont de l'abrasion totale n'ont pas de pyorrhée ou en ont très peu, que leurs dents restent très solides, même parfois avec une hygiène déplorable parce que chez ces malades-là les dents fonctionnent comme des meules, sans traumatismes latéraux.

Je ferai enfin, en terminant, une petite critique à Hulin à propos de la dépulpation. Il a dit :

« Nous sommes tout à fait convaincus de l'utilité de la dépulpation « chirurgicale, faite aseptiquement s'entend, qui peut et doit, dans une « certaine mesure, freiner la résorption alvéolaire. »

Je m'excuse de me citer encore, mais j'ai publié autrefois une étude sur les troubles pulpaires dans la pyorrhée [1]. J'engage Hulin à se rapporter à ce travail. Il verra qu'après avoir observé très soigneusement tous les cas de dépulpation de dents que j'ai pu faire, je suis arrivé à cette conclusion que la dépulpation des dents est sans influence sur la marche de la pyorrhée. Je n'ai jamais vu de cas où j'ai pu noter une seule modification soit favorable, soit défavorable sur la marche de la pyorrhée, à la suite de dépulpation. Mais, ce qui doit être noté, ainsi que je l'ai signalé, c'est que la pyorrhée s'installe plus difficilement sur les dents dépulpées antérieurement à l'apparition de la pyorrhée. Or, c'est justement ce fait, mal interprété, qui a engendré cette opinion, si répandue parmi les professionnels, que la dépulpation des dents avait une influence favorable sur la pyorrhée. On constate en effet — ce qui est vrai — que les dernières dents frappées dans la bouche par la maladie sont précisément celles qui n'avaient plus leur pulpe ; mais elles l'avaient perdue avant l'apparition de la pyorrhée et je me rappelle un de mes premiers patients qui a perdu successivement toutes ses dents, il y a quarante ans de cela, et il

1. M. Roy. Les troubles pulpaires dans la pyorrhée *L'Odontologie*, 1922, p. 7?.

ne lui est resté dans sa bouche qu'une canine supérieure qui, me disait-il, lui avait été dépulpée alors qu'il avait dix-huit ans. Toutes les autres dents, il les avait perdues.

La conclusion, à laquelle je suis arrivé au sujet de cette question, c'est que ce n'est pas quand la maladie est installée que la dépulpation est utile, c'est avant l'évolution de la pyorrhée. Je crois cependant que vous serez d'accord avec moi pour ne pas dire qu'on va dépulper toutes les dents des individus jeunes, pour qu'elles restent exemptes de pyorrhée dans leur vieillesse.

J'en ai fini avec ces trop longues observations que je vous ai présentées. Mais j'ai pensé que je devais au travail si important et si intéressant de M. Hulin de le discuter d'une façon suffisamment étendue, d'autant que cela m'a permis de défendre une fois de plus des idées qui me sont chères.

J'espère aussi, qu'au cours de ce long exposé je ne vous aurai pas trop fatigués et que je vous aurai dit des choses susceptibles de vous intéresser.

M. R. Fraenkel. — Dans le beau travail qui nous a été présenté à la précédente séance, je n'ai pas remarqué que M. Hulin se soit suffisamment attardé à considérer — en vue d'une prothèse fixe — la valeur fonctionnelle de chacune des dents pyorrhéiques. Aussi, je demanderai à M. Hulin s'il lui est possible de nous indiquer cliniquement ou encore par la radiographie un signe pathognomonique, qui diagnostiquerait la valeur d'une dent atteinte de pyorrhée alvéolaire.

Le Dr Roy, dans une longue communication au Congrès de Rouen en août 1921, sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire, dit, à ce sujet : qu'une dent pyorrhéique qui présente des mouvements verticaux, c'est-à-dire dans le sens du grand axe des dents, doit être enlevée, car c'est un indice d'une destruction alvéolo-ligamentaire presque complète.

D'autre part, dans la *Revue de Stomatologie* de mars 1925, le Dr Béliard cite le cas d'une malade dont il fut obligé de maintenir entre ses doigts les dents qui devaient servir de points d'appui d'un bridge de contention. Et le Dr Béliard ajoute que, plusieurs années après, l'état de la bouche de sa malade était en tous points satisfaisant.

Que faut-il en conclure et quelles directives devons-nous suivre, quand nous avons à construire un système de contention sur des dents parfois très mobiles ?

Par la classification de MM. Hulin et Delater sur les différents degrés d'affection de cette maladie, intéressant la dent il semble assez simple de dire qu'une dent atteinte à tel degré peut être conservée, ou encore quand ces différents degrés d'affection dépassent telle puissance, l'avulsion reste la seule thérapeutique.

Je demande donc en un mot à M. Hulin s'il lui est possible de dire

jusqu'à quel degré une dent peut faire partie d'un système de contention sans inconvénient pour celui-ci.

M. Housset. — Félicitons vivement le Dr Roy et M. Hulin, l'un clinicien éminent, l'autre ajoutant à ses qualités de praticien celles d'un expérimentateur de laboratoire des plus complets. Ils dressent chacun, sur cette affection complexe, de hautes colonnes de recherches et de constatations qu'il ne paraît pas impossible de relier. La clef de voûte de cette liaison a été d'ailleurs déjà indiquée par le Dr Frey.

Quant à moi, en dehors même de la doctrine scientifique, je tiens à dire l'admiration que je ressens pour la vigueur avec laquelle le Dr Roy défend ses idées, sa ténacité est constante et son labeur sans défaillances. Quel exemple il est pour nous et pour tous ceux plus jeunes qui entrent dans notre carrière ! Un tel idéal professionnel, un aussi beau dévouement au progrès d'une science, méritent tous les hommages.

Hulin veut bien, et je l'en remercie, me citer ; or, je tiens à préciser mes idées sur la dépulpation dans son rôle préventif d'alvéolyse. Il est bien dans mon esprit que pour jouer un tel rôle, elle doit être exécutée avant l'apparition de l'affection ou, tout au moins dès la manifestation des symptômes prémonitoires. Le Dr Roy a exposé ses idées déjà en 1921 à Bruxelles ; nous avions pu constater le fait depuis longtemps comme nous avons pu le vérifier encore depuis. Il y a des cas où il existe une alvéolyse, suppurée ou non, sur un côté de l'arcade ; on doit entreprendre sur l'autre côté la construction d'un bridge, les piliers sont très fixes et l'os paraît normal et bien dans ce cas, puisqu'il existe déjà un état d'ostéolyse partielle et qu'on peut en prévoir l'extension, il est indiqué, en dehors des raisons prothétiques, de pratiquer la dépulpation même si celle-ci était évitable dans la construction de l'appareil.

Je suis un peu surpris que le Dr Roy et M. Hulin ne paraissent pas accorder plus d'importance aux données de Leriche et Policard sur le problème osseux. Les travaux de Leriche et Policard doivent, à mon sens, dominer nos recherches en pathologie et en physiologie osseuse et, s'ils renversent une grande partie de nos croyances anciennes, ils nous apportent, d'autre part, des interprétations de grande valeur. C'est le grand mérite du Dr Frey de nous l'avoir montré le premier et d'avoir commencé la transposition judicieuse de leurs études.

J'emploie plus volontiers le mot alvéolyse que celui de pyorrhée, or, dans la résorption du procès alvéolaire se produit-il une ostéolyse ou une ostéoclasie, à quelle phase de l'affection ces deux processus, que l'on peut relier et non opposer, se succèdent-ils ?

M. Hulin a-t-il pu examiner cette question ?

J'ai tendance à croire, comme le Dr Roy, que l'affection débute par la lésion osseuse. Cependant, un trouble trophique, même encore léger du revêtement muqueux, peut produire et précipiter une résorption très nette

de l'os, nous connaissons à ce sujet l'action de certaines succions, anciennement utilisées en prothèse, et aussi celle des bords traumatisants d'appareils. Lésion encore légère du tissu mou, sans doute lésion déjà plus importante, bien que secondaire, du tissu osseux.

Leriche et Policard montrent l'extrême labilité de l'os, montrent que la mort de l'os est liée à la vie de l'os, et l'on peut ainsi expliquer ces exubérances osseuses et peut-être même certains hyperalvéolismes. Ils montrent aussi que les facteurs mécaniques ne jouent pas le rôle que l'on croît dans la morphogénèse de l'os ; par contre, ils peuvent en régler le développement consécutif.

Ils insistent sur « l'optimum » circulatoire qui règle la formation osseuse et nous pourrions, peut-être, en pratique, rechercher là une indication sur le massage rationnel, mais dans l'alvéolyse il y a, à côté de cette question de circulation, certes très importante, à saisir l'importance de l'équilibre entre le collagène et la cellule et à chercher les raisons qui peuvent modifier cet état d'équilibre. Le Dr Frey donne un aperçu déjà très clair de ces questions.

Hulin et le Dr Roy ont cité d'autre part le rôle des traumatismes inter-dentaires. On ne nie pas l'importance de l'équilibre articulaire ; il faut, comme le dit le Dr Roy, situer, dans l'étiologie, le déséquilibre articulaire à son réel temps d'action.

En thérapeutique, le Dr Roy a montré la grande valeur de la stabilisation rationnelle et nous a donné le premier grand principe à ce sujet.

M. Hulin. — Après avoir entendu M. le Dr Roy exposer ses critiques sur ma théorie de la pyorrhée alvéolaire, je dois dire, d'abord, que je vois avec plaisir M. Roy se mettre d'accord avec moi et opiner dans mon sens chaque fois que j'admets ou que j'expose sa façon d'interpréter la pyorrhée. A part cela, il reste entre nous des divergences assez sensibles qui méritent d'être développées. Je ne pourrai le faire ce soir faute de temps.

M. Roy, en parlant tout à l'heure, disait que je faisais de la pyorrhée une maladie générale. *J'ai dit et je répète que, pour moi, la pyorrhée a besoin pour se développer d'un état général spécial, état général qui, pour être polymorphe, n'en reconnaît pas moins une cause unique. J'ai dit qu'à cet état général vient se joindre un état local provoqué par la stase de substances anaphylactogènes* qui déclanchent *par leur contact* des troubles cellulaires *favorisant l'envahissement microbien.*

M. Housset s'étonne que nous n'ayons, M. le Dr Frey et moi, pas développé avec plus d'amplitude les travaux de MM. Policard et Leriche ; pour ma part, j'ai puisé dans cet ouvrage bien des enseignements et j'y ai pris tout ce qui pouvait, à mes yeux, étayer ma théorie de l'évolution pyorrhéique.

Dans une série de travaux en cours, j'espère vous apporter une con-

tribution personnelle en prenant pour base l'important travail de MM. Leriche et Policard.

Pour répondre rapidement à M. Fraenkel au sujet de la dépulpation, c'est-à-dire de l'opportunité de cette manœuvre chirurgicale, j'ai décrit, au cours de mon travail, la phase de la maladie à laquelle, à mon sens, on doit procéder à cette dépulpation.

Pour la deuxième question de M. Fraenkel ayant rapport à l'indice de résistance des dents pyorrhéiques en vue de leur utilisation comme piliers d'une prothèse, je répondrai que cela est fonction de bien des facteurs, bien des phénomènes locaux interviennent, mais celui qui les domine tous, c'est le facteur *fixité* de l'organe. Il est assez difficile de déterminer verbalement une règle semblable, il faudrait discuter objectivement et voir le cas pour en disserter avec fruit.

M. G. Viau. — Est-ce que nous ne pourrions pas demander à M. Hulin de faire une réponse à tête reposée pour une prochaine séance ? Etant donné l'heure avancée, il n'a pu répondre que brièvement.

M. le Président. — Je remercie M. le Dr Roy de son argumentation et étant donné la rapidité avec laquelle M. Hulin a été obligé de répondre, je propose de renvoyer à une prochaine séance le complément détaillé de sa réponse.

Avant de terminer, j'ai à vous communiquer une invitation de nos confrères de Belgique à prendre part aux Journées dentaires belges qui ont lieu à Bruxelles du 22 au 26 juin. Des cartes sont à la disposition de ceux qui désirent se rendre à cette invitation.

La séance est levée à 24 heures.

Le Secrétaire général,
Dr SOLAS.



Séance du 2 juillet 1929.
(RÉSUMÉ.)

La séance est ouverte à 8 h. 45, sous la présidence de *M. le Dr Bonnet-Roy.*

M. Pierre Pillière de Tanouarn présente un malade qui a perdu, par une ostéomyélite du maxillaire inférieur, la presque totalité de ses dents. La lésion paraît avoir débuté à la suite d'un choc reçu par le patient au niveau de la région mentonnière. En l'absence de toutes autres causes qui ont dû être éliminées (syphilis, tuberculose), il semble bien qu'il y ait là, entre le choc et les phénomènes pathologiques, des rapports de cause à effet.

M. Hulin répond aux argumentations faites à son travail sur la pyorrhée expérimentale.

M. Darcissac donne lecture d'une étude sur l'emploi de l'acide trichloracétique en art dentaire. Il insiste particulièrement sur les facilités de la dépulpation et des traitements des dents infectées par cet antiseptique

puissant, qui ne semble pas offrir de danger, notamment du côté péri-apex.

Il est donné lecture ensuite du rapport du Secrétaire général et il est procédé au renouvellement du Bureau pour l'année 1929-1930, qui est ainsi composé :

M. WALLIS-DAVY, *président.*

M. P. HOUSSET, *vice-président.*

M. le Dr SOLAS, *vice-président.*

M. le Dr LEBLAN, *secrétaire général.*

M. MORIN, *secrétaire adjoint.*

M. BLATTER, président, directeur général du Groupement, fait un chaleureux appel pour que de nombreux confrères se rendent au Congrès du Havre qui se tiendra du 25 au 30 juillet 1929.

La Société d'Odontologie délègue : MM. G. André, Dr Bonnet-Roy, Mlle Dupuis, MM. Eudlitz, Fraenkel, Geoffroi, P. Housset, Hulin, Dr Leblan, Lentulo, Dr Roy, Dr Solas, Texier, G. Villain, H. Villain, Wallis-Davy.

La séance est levée à 11 heures 30.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 19 mai 1929.

M. Guisez expose ses diverses techniques lui permettant d'extraire les corps étrangers de l'œsophage, de la trachée ou des grosses bronches. Ses observations cliniques, appuyées de projections et de présentations de pièces et d'instruments, sont du plus haut intérêt pour le praticien.

M. Galliot avait démontré dans une communication antérieure l'accumulation des sels insolubles de bismuth dans les tissus des régions injectées. Il a constaté une accélération de la résorption si le malade se soumet à une cure de bains sulfureux. Des clichés radiographiques en apportent la confirmation.

M. Durand-Boisleard expose sa technique de diathermo-coagulation dans le traitement des hémorroïdes externes et de leurs complications.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

XXIIIe session annuelle (Utrecht, 5-11 aout 1929) a l'Université.

Programme

Lundi 5 août.

21 *heures.* — Réception à l'Hôtel des Pays-Bas (Janskerhof) par le Comité local.

Mardi 6 août.

10 *heures.* — Séance solennelle d'ouverture à l'Université, sous la présidence d'honneur de S. A. le Prince Henri des Pays-Bas.

Ordre du jour :

1° Allocution du Président du Comité local ;

2° Discours du Président de la F. D. I. ;

3° Allocution des délégués des Associations nationales représentées.

11 *h.* 30. — Ouverture de l'Exposition du Congrès d'hygiène buccale et de l'Exposition de fournitures dentaires à l'Université.

11 *heures.* — Ouverture du Congrès d'hygiène buccale.

15 *heures.* — Assemblée générale de la F. D. I.

Ordre du jour :

1° Correspondance ;

2° Rapport du Secrétaire général ;

3° Rapport du Trésorier ;

4° Rapport du Comité du fonds Miller.

16 *heures.* — Conseil exécutif (1re séance).

Ordre du jour :

1° Nomination d'un Vice-Président de la F. D. I. ;

2° Nomination d'un Administrateur du fonds Miller ;

3° Approbation des statuts du VIIIe Congrès dentaire international (Paris 1931) contenus dans le Bulletin publié en juin 1929 ;

4° Bulletin de la F. D. I. Rapport du Bureau ;

5° Admissions. — Démissions. — Radiations.

Soir. — Réception par la Municipalité d'Utrecht.

Mercredi 7 août.

9 *heures.* — Séances des Commissions.

14 *heures.* — Séances des Commissions.

16 *h.* 30. — Départ pour Amsterdam par le chemin de fer.

17 *heures.* — Thé offert par la Municipalité d'Amsterdam. Visite des canaux.

20 *heures.* — Banquet offert à la F. D. I. par les sociétés hollandaises.

Jeudi 8 août.

9 *heures.* — Séances des Commissions.

12 *heures.* — Visite des usines Philips à Eindhoven par train spécial. Déjeuner dans le train offert par le Bureau du Congrès.

Soir. — Dîner offert aux membres de la F. D. I. et du Congrès par M. Philips. Retour à Utrecht par train spécial.

Vendredi 9 août.

9 *heures.* — Séances des Commissions.

14 *heures.* — Séance de clôture du Congrès d'hygiène buccale.

15 *h.* 30. — Remise des rapports des Commissions au secrétariat général de la F. D. I. afin de permettre leur traduction et leur distribution pour le samedi 9 heures.

18 *heures.* — Visite du nouvel édifice de l'Institut dentaire de l'Université d'Utrecht.

Samedi 10 août.

9 *heures.* — Distribution des rapports.

11 *heures.* — Séance du Conseil exécutif (2e séance).

ORDRE DU JOUR :

1° Approbation des comptes du Trésorier ;

2° Etablissement du budget de 1929-1930 (Secrétariat général, Trésorier, Bulletin, Commissions) ;

3° Rapports des Commissions ;

4° Discussion de ces rapports et adoption des conclusions ;

5° Discussion des vœux et résolutions ;

6° Attribution du Prix Miller à remettre en 1930 ;

7° Décisions sur les admissions, démissions et radiations ;

8° Rapport sur les travaux préparatoires du VIIIe Congrès dentaire international ;

9° Fixation de la date et du lieu de la session de 1930 ;

10° Propositions diverses ;

11° Clôture de la session.

11 *heures.* — Visite de l'Université et de la ville organisée pour les membres de la F. D. I. ne faisant pas partie du Conseil exécutif.

13 *heures.* — Déjeuner offert par le Comité national hollandais aux membres du Conseil exécutif.

16 *heures.* — Séance du Conseil exécutif pour épuisement de l'ordre du jour de la séance du matin.

20 *heures.* — Banquet de la F. D. I. au restaurant de la Foire.

Dimanche 11 *août.*

Excursions facultatives à La Haye, Amsterdam, Marken et Volendam.

ORDRES DU JOUR DES COMMISSIONS :

I. — *Croix-Rouge.*

1° Rapport sur l'activité de la Commission pendant l'année 1928-1929 (MM. Watry, Jaccard) ;
2° Etablissement d'un plan de travail pour 1930 ;
3° Désignation de rapporteurs sur les questions suivantes :
a) Propagande par la presse (générale, médicale, dentaire, Croix-Rouge) ;
b) Croix-Rouge de la jeunessse ;
c) Mutualité et prévoyance professionnelles ;
d) Participation de la Commission au Congrès et à l'Exposition de 1931.
4° Proposition de fusion de la Commission avec la Commission de l'Armée et de la Marine ;
5° Etablissement d'un programme financier ;
6° Rapports et travaux :
a) Rapport sur l'enquête relative à l'hygiène dentaire scolaire (M. Watry, Anvers) ;
b) Relations entre la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge (Dr Humbert) et la Commission (M. Watry, Anvers) ;
c) La possibilité de l'introduction de l'hygiène buccale et dentaire dans le programme d'action de la Croix-Rouge en Allemagne (M. Drexler, Ratingen) ;
d) Etat actuel de la Croix-Rouge dentaire en France (M. Sapet, Paris) ;
e) Historique et tendances actuelles des Croix-Rouges (M. Piguet, Genève) ;
f) Pensions de retraite de la profession dentaire (M. Shipway, Bristol) ;
g) Scoutisme et Croix-Rouge dentaire (M. Jaccard, Genève) ;
h) Les instituteurs et la Croix-Rouge dentaire (M. Jaccard).
7° Proposition de nouveaux membres de la Commission ;
8° Propositions diverses et résolutions.

Séance commune avec la Commission d'Hygiène :

1. Mise en harmonie des conclusions des deux Commissions.
2. Discussion et vote des conclusions.

II. — *Documentation.*

1° Rapport sur l'exercice écoulé ;
2° Organisation des Centres régionaux ;
3° Les enquêtes internationales ;
4° Documentation et Congrès de Paris ;

5° Index des Bibliothèques ;
6° Classification de la F. D. I.

III. — *Hygiène.*

1° Discours du Président ;
2° Rapport du Secrétaire ;
3° Rapport du Trésorier ;
4° Rapports : *a*) sur les soins dentaires scolaires ;
b) sur les soins dentaires publics ;
c) sur l'Institut international d'Hygiène dentaire ;
d) de la Commission de la Croix-Rouge.
5° Nouveaux membres ;
6° Election du Président ;
7° Election des Secrétaires ;
8° Prix de municipalités ;
9° Communications et rapports ;
10° Propositions diverses ;
11° Approbation des résolutions du Congrès ;
12° Clôture.

Séance commune avec la Commission de la Croix-Rouge.

IV. — *Législation.*

1° Création d'un Comité consultatif relatif aux instruments et aux produits dentaires (Proposition du Dr H. Fischer) ;
2° Réunion commune avec la Commission d'enseignement. — Rapport de M. G. Villain : Conditions actuelles des études et de l'exercice professionnels dans les divers pays.

V. — *Recherches scientifiques.*

1° Proposition d'ajournement du concours après 1931 ;
2° Rapports de membres de diverses nations sur les travaux scientifiques dans leur pays. Le rapport autrichien est annoncé :
a) La structure des dents et des os après alimentation expérimentale avec le Vigantol ;
b) Résultats histologiques d'occlusion traumatique expérimentale.
3° Proposition relative à l'alimentation des fonds de la Commission (G. Villain).

VI. — *Presse.*

1° Bulletin ;
2° Publications régulières dans les journaux dentaires des divers pays.

VII. — *Enseignement.*

1° Enseignement par le cinéma. Résultat de l'enquête ;

2° Réunion commune avec la Commission de Législation. Rapport de M. G. Villain.

VIII. — *Armée et Marine.*

Congrès international de Médecine militaire de Londres (M. Watry).

***

Les Commissions ayant de nombreux travaux à assurer pourront se réunir dès le lundi 5 août au matin ; les salles nécessaires seront à leur disposition à l'Université.

Quartier général : Hôtel des Pays-Bas.

4e CONGRÈS DES CHIRURGIENS-DENTISTES ALLEMANDS

(*Cologne, 2 au 7 septembre* 1929).

Le IVe Congrès des chirurgiens-dentistes allemands organisé par le Syndicat national des chirurgiens-dentistes d'Allemagne et par la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands, aura lieu à Cologne, du 2 au 7 septembre prochain.

Les chirurgiens-dentistes de l'étranger y sont cordialement invités, en particulier les praticiens français.

Le Congrès comprend un certain nombre de séances scientifiques, notamment des réunions de la Société allemande d'anatomie et de pathologie dentaires, de la Société de recherches en commun sur la paradentose et de la Section allemande de la Société internationale d'étude de la radiumthérapie.

Des réceptions, excursions, etc., accompagneront le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire du Comité local, Dr Wollmann, 30, Hozenhollernring, Cologne.

CONGRÈS STOMATOLOGIQUE ITALIEN

Le XVIIIe Congrès stomatologique italien, organisé par la Fédération stomatologique italienne, aura lieu à Rome du 15 au 20 octobre 1929.

Peuvent faire partie de la Section scientifique :

1° Les membres de la Fédération ;

2° Les médecins et les chirurgiens-dentistes italiens et étrangers, qui, en ayant adressé la demande au président de la Fédération, ont été admis.

VARIA

Un des doyens de la profession, notre vieil ami Richard-Chauvin, nous adresse une étude critique, très intéressante, sur les théories de la matière de Gustave Le Bon. Bien qu'elle ne soit pas d'ordre dentaire, nous la publions avec plaisir, car elle est du plus grand intérêt au point de vue philosophique et elle montre la façon dont un des plus anciens praticiens occupe ses loisirs à des travaux de haute culture intellectuelle, ainsi que la vigueur d'esprit qu'il a su conserver dans sa vieillesse, comme il a conservé la précision de son habileté manuelle, dont témoignent la finesse et la netteté de son écriture. *M. R.*

PROPOS D'UN IGNORANT

Par L. Richard-Chauvin,
Ancien Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Une des bases scientifiques solidement établies, notamment et surtout par Lavoisier, qui semblait éternelle, a été détruite par le Dr G. Le Bon dans différentes communications faites à l'Académie des sciences. Après avoir passé par des fortunes diverses, adoptées par d'éminents savants, repoussées, surtout en France, par les savants officiels, les idées du Dr Le Bon ne sont plus méconnues que par de rares adeptes des théories anciennes. Cependant ces adeptes, volontaires ou non, plus nombreux que ne le croit le Docteur, se composent : 1° Des savants figés dans les formules anciennes, ne voulant rien savoir de ce qui peut les infirmer ; 2° de membres de l'enseignement secondaire qui ignorent les travaux du Dr Le Bon. Ceux-là, je dois le dire, ne sont pas de parti pris, ils ignorent. La base scientifique dont il est question est l'indestructibilité de la matière, base sur laquelle repose l'édifice de nos connaissances chimiques et physiques. D'ailleurs, les théories nouvelles ne sauraient empêcher les choses de demeurer. Pour illustrer cette affirmation, il suffit de dire que la dématérialisation de la matière s'accomplit en si infime quantité que rien ne peut être changé dans le cours des choses. Le radium, pour prendre un exemple, émet des particules au nombre de 100 milliards par seconde et 1 gramme de radium met un siècle à se dématérialiser, d'après certains auteurs, dix siècles d'après d'autres. Entre ces deux chiffres extrêmes, certains prennent parti à différents degrés.

Il est temps de définir les travaux du Dr Le Bon ou du moins leurs conclusions :

1° La matière, supposée jadis indestructible, s'évanouit lentement par la dissolution des atomes qui la composent ;

2° Les produits de la dématérialisation de la matière constituent des substances intermédiaires, par leurs propriétés, entre les corps pondéra-

bles et l'éther impondérable, c'est-à-dire entre deux mondes que la science avait profondément séparés jusqu'ici ;

3° La matière, envisagée jadis comme inerte et ne pouvant restituer que l'énergie qu'on lui a fournie, est au contraire un réservoir colossal d'énergie, l'énergie intra-atomique, qu'elle peut spontanément dépenser ;

4° C'est de l'énergie intra-atomique, libérée pendant la dissociation de la matière que résultent la plupart des forces de l'univers, l'électricité et la chaleur solaire notamment ;

5° La force et la matière sont les deux formes diverses d'une même chose, la matière représente une forme relativement stable de l'énergie intra-atomique, libérée pendant la dissolution de la matière ; la chaleur, la lumière, l'électricité représentent des formes instables de la même énergie ;

6° Dissocier les atomes, ou en d'autres termes dématérialiser la matière, c'est transformer la forme stable d'énergie condensée nommée matière en ces formes instables connues sous les noms de chaleur, de lumière, d'électricité, etc. ;

7° La matière ordinaire peut donc être transformée en des formes diverses d'énergie, mais ce n'est sans doute qu'à l'origine des choses que l'énergie a pu être condensée sous forme de matière ;

8° Les équilibres des forces colossales condensées dans les atomes leur donnent une stabilité très grande. Il suffit cependant de troubler cet équilibre par un réactif approprié pour que la désagrégation des atomes commence. C'est ainsi que certains rayons lumineux peuvent dissocier les parties superficielles d'un corps quelconque ;

9° La lumière, l'électricité et la plupart des forces connues, résultent de la dématérialisation de la matière ; il s'ensuit qu'un corps qui rayonne perd de la masse ; s'il pouvait rayonner toute son énergie, il s'évanouirait dans l'éther ;

10° La loi d'évolution applicable aux êtres vivants l'est également aux corps simples. Les espèces chimiques pas plus que les espèces vivantes ne peuvent se dire invariables ;

11° Des expériences du Dr Le Bon, contrôlées par des savants tels que le Prof. de Heen, de Louvain, Rutherford, il résulte qu'il a observé trois ordres de radiations : alpha, bêta, gamma : 1° Les radiations α ou ions positifs qui renferment 99 % de l'ensemble des radiations ; 2° Les radiations β ou électrons négatifs ; 3° Les rayons γ ou rayons X. Les rayons α sont déviés par un champ magnétique intense en sens inverse des rayons β ; leur action sur la plaque photographique est presque nulle et leur pouvoir de pénétration très faible — ils sont arrêtés par une feuille de papier — ce qui permet de les séparer facilement des autres radiations ; ils rendent l'air conducteur de l'électricité. Les rayons β produisent les impressions photographiques. Dans un tube de verre les

particules α sont retenues par les parois, les particules β sortent facilement. Les rayons α semblent très hétérogènes, on admet déjà l'existence de plusieurs variétés distinguables par leur différence de vitesse, ce qui veut dire qu'il existe des particules encore plus tenues que celles décelées dans les rayons α. Les rayons γ émettent des radiations analogues par leurs propriétés aux rayons X, mais possédent un pouvoir de pénétration supérieur. Elles peuvent traverser plusieurs centimètres d'acier. Cette propriété permet de les séparer facilement des radiations α arrêtées par une feuille de papier et des radiations β arrêtées par une lame de plomb de quelques millimètres d'épaisseur. Aucune des émissions précédentes ne peut toucher un corps gazeux ou solide sans provoquer immédiatement — en raison de l'ébranlement causé par leur énorme vitesse — une dissociation d'où résulte la production de rayons secondaires analogues par leurs propriétés aux rayons primitifs. Ces émanations impressionnent les plaques photographiques, rendent l'air conducteur de l'électricité et sont déviées par un champ magnétique. Elles peuvent produire par leur choc des rayons tertiaires jouissant des mêmes propriétés et ainsi de suite. Le Dr Le Bon dit que le savant qui parviendrait à dématérialiser instantanément 1 gramme de métal, la valeur d'une grosse tête d'épingle, ne pourrait se vanter de son tour de force ; dans le rayon de deux cents mètres on ne trouverait que de la poussière. Les individus qui manifestent l'incrédulité la plus complète à l'égard de cette force intra-atomique ne s'étonnent pas d'une électrocution se produisant à des distances considérables ; cependant ces deux forces sont équivalentes et sont toutes les deux des conséquences de la dématérialisation de la matière.

Critiques.

Comme type de critiques à l'égard de la science, nous nous bornerons à prendre l'un des plus éminents, l'abbé Moreux. Certains sont d'une bonne foi douteuse,d'autres, l'abbé Moreux notamment, sont contraints, de par leur ministère, de voir les choses sous un angle spécial. Ils font le procès de la science, prétendant démontrer son peu de consistance en signalant de fréquents changements de formules. Mais c'est précisément le grand honneur des savants de reconnaître sans vain orgueil les modifications qui se produisent dans les formules scientifiques ; et c'est là ce que veut infirmer l'éminent savant qu'est l'abbé Moreux. Malheureusement, pour la thèse qu'il soutient, il ne peut parvenir à donner une base solide à ses critiques. Entre autres choses inintelligibles, ne dit-il pas qu'il est bien libre de dénier l'espace à trois dimensions d'Euclide et d'imaginer un espace à quatre dimensions. Sans doute, il peut même aller beaucoup plus loin. S'il prend l'espace horizontal et l'espace vertical dressé dessus, il peut trouver un nombre illimité de rayons de chaque côté de la ligne

verticale en les disposant à la manière d'un éventail. Ce sont là des puérilités qui ne peuvent naître que dans le cerveau de fidéistes aux abois. D'ailleurs, le livre de l'abbé Moreux : « L'âme est-elle immortelle ? », ou « L'âme survit-elle à son enveloppe ? », livre très prenant et très bien écrit, est-il besoin de le dire, se termine assez piteusement. Après un procès qui dure 500 pages, l'abbé Moreux conclut ainsi : « Et nous-même pourrions difficilement émettre une opinion si nous n'avions la Révélation. » Laissons donc passer des critiques aussi puériles et disons de nouveau que c'est l'honneur de la science que de modifier les formules scientifiques dès qu'elles s'avèrent caduques.

Rapprochements.

Il est bon de faire des rapprochements entre le Dr Le Bon et ceux qui, de près ou de loin, ont des rapports avec lui. Par ordre d'éloignement : 1º Louis Buchner, philosophe allemand, grand ami et admirateur de la France, pressent que les instruments d'optique sont insuffisants pour montrer les ténuités qu'il est en droit de soupçonner. Le terme d'atome, qui caractérise l'insecable, peut aussi bien se dire molécule ou plus grand. Notre grand chimiste Wurtz, créateur de la théorie atomique, est depuis déjà longtemps débordé. Certes, Louis Buchner ne saurait prévoir les particules α β γ, mais il pressent des rapprochements [1], Kant, qui repousse la théorie dualistique, n'ose aller jusqu'au bout de la théorie unitaire, il exclut de celle-ci la matière considérée comme indestructible. Cependant, les formations calcaires font partie du régime animal et végétal. Dans le sang des animaux elles se trouvent en abondance, sans le calcaire, la formation des os n'existerait pas. Qui ne sait que dans l'armée, les cavaliers à qui l'on apprend à conduire les chevaux à l'aide des genoux et des cuisses, voient les muscles longs de ces dernières se durcir par calcification. Gœthe, Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Darwin, Hœckel et tutti quanti, ancêtres du Dr Le Bon sont en rapport avec lui ; en ce sens qu'ils sont partisans de la théorie unitaire. Hœckel, dans une des immortelles leçons (la 13e) faites à la Faculté d'Iéna sur l'évolution naturelle du cosmos, signale l'indestructibilité de la matière en opposition avec le Dr Le Bon.

Ce n'est pas dans une revue rapide des théories nouvelles qu'il est permis de s'étendre sur les travaux de tel ou tel philosophe, mais nous conseillons au lecteur de s'imprégner des ouvrages d'Hœckel, notamment de son volume dont il est question ci-dessus, ainsi que de ses « Essais de Psychologie cellulaire ».

Ce n'est pas sans émotion que je signale l'ouvrage d'un de mes vieux

1. Les émanations des produits de désassimilation de la matière sont tellement infinies que le Dr Le Bon a comparé une de ces particules au plus petit microbe en proportionnant celui-ci à la grandeur d'un éléphant.

amis Emile Longuet « De la nébuleuse à l'homme ». Emile Longuet, modeste chirurgien-dentiste, autodidacte, comme la plupart d'entre nous, se rencontre dans l'éther avec le Dr Le Bon, pour plonger ensuite dans les fonds marins avec Hœckel. Enfin, je crois devoir parler d'Einstein en tant que rapprochement à opérer avec le Dr Le Bon. Einstein, à l'occasion de ses travaux sur la relativité, signale ce fait que la lumière est déviée au contact de la périhélie. Le Dr Le Bon, qui parle d'impondérabilité, qui cherche l'intermédiaire entre la matière et l'impondérable dans la dématérialisation de la matière, ne serait-il pas animé par les recherches du grand Einstein à penser que tout est matière puisque l'objet le plus impondérable qui soit, la lumière, peut être dévié comme un objet quelconque ?

Enfin, entre tous ces grands esprits, il existe un lieu commun dans la métaphysique, tous repoussent l'idée d'un créateur finaliste conscient. Certains philosophes, tels D. Roustan, Goblot, ne le disent pas nettement, mais il est facile de lire entre leurs lignes. Hœckel, lui, dit très nettement que si l'on entre dans les idées religieuses on fait de la poésie, du rêve, mais que l'on s'interdit toute précision scientifique. Un argument qui a sa valeur est celui-ci : les fidéistes qui ont créé Dieu à l'image de l'homme, en lui attribuant cependant des qualités que celui-ci ne possède pas, le dotent d'une infinie bonté, d'une grandeur infinie, d'une infinie beauté. Nulle pensée en dehors de la beauté souveraine ; nulle conception d'images salissantes, nulle connaissance de ce qui est ignoble ne sauraient lui être attribuées. Ces images n'existant pas dans le ciel, il aurait donc fallu les créer, les penser, ce qui est inadmissible. Par conséquent, les misères humaines qui touchent aux produits de désassimilation sont incompatibles avec l'idée d'un Dieu qui est la beauté souveraine. Au contraire, si l'on prend l'origine animale dans les fonds marins, si l'on y place la celulle devant chercher les éléments de sa nutrition pour se développer, prospérer, se diviser et s'augmenter, on doit être émerveillé des transformations qui s'exécutent, à l'aide de la nutrition, dans la cellule, mère des organismes compliqués. Elle cherche et trouve les éléments de sa nutrition, de son développement et rejette les matériaux toxiques qui la tueraient. Dans la bataille de la foi contre la science, je plaide rigoureusement athée. Et je ne serais pas fâché de savoir ce que pensent les adeptes d'un Dieu créateur des choses que, d'après eux, il aurait créées. D'ailleurs, je serais désolé de contribuer, pour quelque part que ce soit, à détruire chez quiconque la foi consolatrice, mais je suis bien tranquille, on a ou on n'a pas le sentiment religieux. Quelques grands philosophes sont fidéistes et leur ouvrît-on le paradis, où ils ne verraient rien, qu'ils trouveraient moyen de dire qu'on s'est trompé de porte. Ceux-là sont toujours très renseignés sur ce que Dieu veut ou ne veut pas ; ils sont aussi, en grande partie, intolérants. C'est un défaut que je leur laisse volontiers ; je ne comprends pas plus l'intolérance dans un

camp que dans l'autre. Nous avons créé la liberté de penser, nous devons jalousement la garder tant contre certains religieux que contre certains adeptes de la franc-maçonnerie.

N. B. — Je prie le lecteur de ne pas interpréter faussement le titre « Propos d'un ignorant ». Certains, seraient peut-être tentés d'y voir l'expression d'un orgueil poussé à l'extrême. Il faut au contraire comprendre qu'en évoquant des philosophes tels que Le Bon, Hœckel, Gœthe, Darwin, Lamarck, Kant, Emile Longuet, etc., j'ai le devoir de me sentir et demeurer très modeste devant des hommes de cette envergure que je me contente d'admirer et de lire passionnément.

49e ANNÉE No 7 30 JUILLET 1929 Vol. LXVII

BULLETIN

de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PATENTE ET LES LOCAUX D'HABITATION

L'Association générale syndicale des dentistes de France s'est, comme on sait, occupée à plusieurs reprises de la question de la patente.

Elle est heureuse aujourd'hui d'annoncer une modification prochaine du régime actuel.

A l'heure actuelle, le droit proportionnel de patente s'établit, non seulement sur la valeur locative des locaux professionnels, mais aussi sur la valeur locative de l'habitation du patentable.

Désormais, en vertu d'une décision du Ministre des Finances, le droit proportionnel de patente ne portera plus sur les locaux d'habitation, mais seulement sur les locaux professionnels.

Il convient de remercier, à l'occasion de cette décision, MM. les députés Lamoureux et Louis Rollin, qui sont intervenus à la Chambre, pour faire réaliser cette réforme, ainsi que Me Sarran, membre du Conseil de l'ordre des avocats, qui s'y est très activement employé à la C. T. I.

ASSURANCES SOCIALES

QUESTION ÉCRITE.

(*Ministère du Travail et de l'Hygiène*).

4.219. — M. Maurice VINCENT demande à M. le Ministre du Travail si, dans le paragraphe 2 de l'article 27, du règlement général d'administration publique, pour l'exécution de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, le terme « spécialiste » doit être traduit par « chirurgien-dentiste ». (Question du 23 mai 1929).

Réponse. — Réponse affirmative.

(*Journal Officiel* du 22 juin 1929. Débats parlementaires).

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA RÉGION PARISIENNE

(Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne).
(*Siège social, 10, rue de l'Isly, Paris* (8e). — *Tél. Eur.* 38-97).

Paris, le 25 juin 1929.

Mon cher Confrère,

En vue de l'application de la loi sur les Assurances sociales, les Syndicats professionnels régionaux sont chargés de représenter les intérêts et de défendre les droits des chirurgiens-dentistes dans cette importante question.

Dans ce but, les Conseils d'administration du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et de l'Association générale syndicale des dentistes de France se sont réunis le 19 juin et ont décidé, d'un commun accord et à l'unanimité, la création immédiate du *Syndicat des chirurgiens-dentistes de la région parisienne*, comprenant les trois départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, constituant la subdivision administrative officielle.

Ce Syndicat est composé des membres parisiens des deux groupements fondateurs et de tous autres groupements venant, par la suite, se joindre à eux, ainsi que des praticiens de la région parisienne ne faisant partie actuellement d'aucune Société et demandant leur admission.

Les organisations existantes continueraient de subsister avec leurs titres, leurs statuts et leur autonomie et, seuls, les sociétaires parisiens seraient groupés sous le nouveau vocable, et membres de droit. Il ne leur serait pas demandé de cotisation, celle-ci étant prélevée sur les versements opérés annuellement par eux aux dites organisations.

Pour les praticiens de la région parisienne ne faisant partie actuellement d'aucune de ces Sociétés et demandant leur admission, la cotisation serait de 50 francs par an.

Le Syndicat fondé, le titre et les statuts ont été déposés aussitôt et un Bureau provisoire a été formé.

Les décisions des Conseils d'administration des Groupements fondateurs seront soumises aux assemblées générales de ces groupements, mais la proximité du Congrès du Havre, de la session de la Fédération dentaire internationale et des vacances, ne permet pas de tenir ces assemblées avant octobre.

Aussi avons-nous décidé, en raison de l'urgence, de ne pas attendre jusque-là pour vous demander votre adhésion *de principe* au nouveau Syndicat, en vous recommandant instamment de ne prendre aucun enga-

gement, de ne signer aucune obligation de nature à vous lier, en ce qui concerne les assurances sociales, qu'il s'agisse de tarif ou de toute autre chose, les démarches faites auprès des pouvoirs publics n'ayant pas donné les résultats désirés.

Nous vous serons reconnaissants de nous faire parvenir dans le plus bref délai le bulletin d'adhésion ci-joint, rempli et signé par vous : 10, *rue de l'Isly, Paris.*

Veuillez croire, mon cher confrère, à nos sentiments confraternels.

Le Bureau provisoire :

Président : Henri VILLAIN ; *Secrétaire général* : BLOCMAN.
Trésorier : HERMANN ; *Trésorier adjoint* : CERNÉA.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS DE DENTISTES MILITAIRES

SERVICE DE SANTÉ (*Réserve*).

Par décision ministérielle du 23 mai 1929, le dentiste militaire de 2e classe BARKATZ (Pierre-Fernand-Gilbert), du 19e corps d'armée, libéré du service actif en novembre 1928, est affecté à la région de Paris.

(*Journal Officiel*, no 121 du 25-5-29).

***

Sont nommés au grade de dentiste militaire de 2e classe, les dentistes auxiliaires suivants des sections d'infirmiers militaires (Rang du 15 mai 1929) :

MM. BIZEAU (Michel-Gilbert), de la 22e section d'infirmiers militaires. — Affecté à la région de Paris.

FOUQUES (Pierre), de la 22e section d'infirmiers militaires. — Affecté à la région de Paris.

PONCIN (Gaston), de la 22e section d'infirmiers militaires. — Affecté à la région de Paris.

RIALLAND (Maurice-Léon-Rogatien), de la 1re section d'infirmiers militaires. — Affecté au 1er corps d'armée.

DELPRAT (René-Albert-Antoine), de la 17e section d'infirmiers militaires. — Affecté au 17e corps d'armée.

JAMIN (Henri-Alfred-Edouard), de la 31e section d'infirmiers militaires. — Affecté à l'armée française du Rhin.

DESCOURS (Marcel), de la 32e section d'infirmiers militaires. — Affecté aux troupes du Maroc.

***

Par décret du 7 juin 1929, sont promus dans le grade des officiers de réserve du Service de Santé, et par décision ministérielle du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Au grade de dentiste militaire de 1re classe.

Les dentistes militaires de 2e classe ci-après désignés :

(Rang du 22 septembre 1928).

M. PELERIN (Lionel-Jean-Marie-Casimir), de la 20e région.

(Rang du 10 octobre 1928).

M. BOUTARIC (Edmond-Eugène), de la 1re région.

(Rang du 13 octobre 1928).

M. PAGLIERO (Eugène-Jules), de la 14e région.

(Rang du 20 octobre 1928).

MM. HUGUENOT (Roger-Marie), de la 8e région.

DELMOULY (Pierre-Raymond), de la 9e région.

COTHONAY (Auguste-Jean), de la 14e région.

DEVARS (Maurice-Jules), de la 14e région.

SIMONET (Henry), de la 14e région.

(Rang du 21 octobre 1928).

M. Soulier (Joannès), de la 7e région.

(Rang du 30 octobre 1928).

MM. Seitz (Paul), de la 15e région.
Beyrand (Jean-Robert-Baptiste), de la 12e région.

(Rang du 11 novembre 1928).

M. Varlet (Marcel), de la 2e région.

(Rang du 15 novembre 1928).

MM. Grandchamp (Jean-Marie-René) de la 18e région.
Sutter (Fritz), de la 7e région.

(*Journal Officiel*, 10-11 juin 1929).

***

Par décret du 19 juin 1929, les dentistes auxiliaires ci-après désignés, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de dentiste militaire de 2e classe.

Les dentistes auxiliaires des sections d'infirmiers militaires (rang du 15 mai 1929), titulaires du brevet de préparation militaire supérieure :

M. Jonquet (Maurice-Louis), de la 16e section d'infirmiers militaires. Affecté à la 16e région.

M. Chevailler-Queyron (Louis), de la 20e section d'infirmiers militaires. Affecté au 19e corps d'armée.

(*Journal Officiel*, 21 juin 1929).

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES

ASSOCIATION SYNDICALE DES DENTISTES DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE-COMTÉ

L'assemblée générale de l'Association a eu lieu le 26 mai au Grand Amphithéâtre de la Faculté des lettres de Dijon sous la présidence de M. LANDOT.

Après la lecture des lettres d'excuse et les compliments d'usage, le Président se réjouit de présenter de nombreuses adhésions nouvelles portant le nombre des membres de l'Association au chiffre de 91.

Le Secrétaire donne lecture de son rapport moral, le *Trésorier* de son rapport financier ; *M. Levêque* rend compte de la gérance du Bulletin. *M. Delmas* informe que 500 cas d'exercice illégal ont été poursuivis avec succès.

La question des assurances sociales entraîne une longue discussion dans laquelle *M. Gonon*, de Chalon-sur-Saône, explique ce qui a été fait en Saône-et-Loire ; on décide de se rallier au Syndicat des Médecins de la Côte-d'Or, pleins pouvoirs sont donnés au Bureau pour étudier le rattachement de l'Association au Groupement intersyndical de province.

Les élections donnent les résultats suivants :

Président : M. F. ARNAL, de Dijon. 1er *Vice-Président* : M. DESSIGNOLLES, de Sens. 2e *Vice-Président* : M. PICHOT, de Lons-le-Saulnier. *Trésorier* : M. BERT, de Dijon. *Secrétaire*: M. LOBBE, de Dijon ; *Directeur aux affaires judiciaires* : M. DELMAS, de Dijon.

Le Dr *Pitsch* communique la suite de ses travaux originaux sur l'étiologie et le traitement de la pyorrhée.

M. Daligault présente un film très habilement réalisé par S. S. WHITE sur l'extraction chirurgicale de la dent de sagesse.

Le Dr *Pont* expose un magistral travail personnel sur l'état précancéreux de la bouche. Des projections de coupes histologiques sur quatre observations illustraient cette communication, nous faisant assister à l'évolution anatomo-pathologique de cellule de tissu cancérissable en cellules cancéreuses.

M. Landot mentionne une observation personnelle ; le Dr *Guebel* entretient du traitement préventif préconisé par le Dr *Delbet* : les sels halogènes de magnésium.

Quelques discours terminent le banquet que le Dr *Pont* avait bien voulu présider.

Le Dr *Guebel* présenta le *Capitaine Calvet*, chef du Service Cinématographique de l'armée, qui commenta un film sur les opérations libératrices des armées en 1918.

Deux films humoristiques sur les gaz hilarants terminèrent la soirée.

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS

La séance dernière s'est tenue au siège, 51, rue de Clichy (Salle de Photographie), sous la présidence de M. Nivard, à 21 heures, le mardi 21 mai.

Après lecture du compte rendu de la dernière séance, l'admission de cinq membres nouveaux est prononcée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle le *Dr Bouland* dans la présentation de films photoscopiques avec projections se rapportant à l'hygiène dentaire en général. Cette présentation est parfaite et permettra de pousser l'art dentaire dans les cours d'enseignement des écoles et institutions. Cet appareil permet de belles reproductions de radios — de même pour les micro-photographies, nous aurons du reste l'avantage d'entendre et de voir une production du Dr Bouland, sur les corps étrangers dans les voies aériennes.

Nous entendons ensuite *M. Maraninchi*, dans une communication sur l'odontologie en rapport avec l'anthropologie.

Une question ouverte est ensuite posée aux confrères, sur le remplacement du caoutchouc par les matières plastiques nouvelles. Après une discussion où beaucoup de confrères prennent la parole, en résumé, le caoutchouc légendaire ne cède pas encore le pas aux matières nouvelles Hécolite, Dentolite, Maxillase, Carnalite, etc...

Après quelques questions, la séance est levée à 23 heures.

***

Le dîner annuel de l'Association a réuni cette année, samedi 1er juin, dans le salon de « La Biche », chez Laurin, rue Grange-Batelière, une grande partie des membres de l'Association et leurs amis.

CONGRÈS DES ECRIVAINS DE FRANCE EN AVIGNON

(1er - 2 et 3 Août 1929)

Les Médecins, Chirurgiens-dentistes, Pharmaciens et Ecrivains seront accueillis avec plaisir à ce Congrès.

Sont déjà inscrits, le Dr Paul Duplessis de Pouzilhac, organisateur ; le Dr Voivenel et le Dr Le Tessies de Jugarieux , le Prof. Delmas, de Montpellier, etc.

Pour tous renseignements et adhésions, écrire sans tarder à M. le Dr Paul Duplessis de Pouzilhac, 34, rue Turgot, Narbonne.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'AVIATION SANITAIRE

Ce très intéressant Congrès, dont notre confrère M. Charlet est commissaire général, qui marquera, en même temps que la consécration officielle de l'aviation sanitaire, une date fort importante dans l'histoire de l'aéronautique, s'est terminé le samedi 18 mai à Reims dans l'apothéose d'un réel succès.

Quarante nations avaient répondu à l'appel du Gouvernement français, car, c'est par l'intermédiaire du Ministère des Affaires étrangères que les invitations avaient été lancées à tous les pays avec lesquels la France entretient des relations diplomatiques, et s'étaient fait officiellement représenter par d'éminentes personnalités spécialement déléguées.

Le programme que nous avons publié a déjà montré à nos lecteurs le nombre et l'importance des questions portées à l'ordre du jour des travaux scientifiques. Nous dirons donc seulement que les séances laborieuses furent suivies avec autant d'intérêt que d'assiduité et que pas un moment on ne sentit du désœuvrement ou de la lassitude parmi les auditeurs qui participèrent souvent, au contraire, aux discussions soulevées par les conclusions des rapporteurs.

Les expositions de maquettes et de documents au Secrétariat de l'Avenue de l'Opéra ; d'appareillage d'accessoires et même de vêtements, de l'Institut Océanographique, où l'on était accueilli par la vision séduisante et fort réussie d'un diorama animé ; la présentation des avions à Orly, intéressèrent vivement techniciens ou simples spectateurs pour lesquels ce Congrès fut une véritable révélation.

Nous ne dirons pas grand'chose des spectacles et festivités habituelles aux manifestations de ce genre, sinon qu'elles furent toutes réussies et que les discours prononcés en l'occurrence, soit par le Ministre de l'Air ou les personnalités officielles, soit par les représentants des Délégations étrangères, marquèrent, avec une sobre éloquence dénuée de la pompe oiseuse et quasi-stéréotypée des toasts de fin de banquets, la volonté évidente de développer cette branche si utile et de rapprochement international évident de l'aviation de sauvetage.

Le geste de Sa Majesté la Reine des Belges, se faisant représenter à la séance solennelle d'inauguration à la Sorbonne, a été remarqué avec beaucoup de sympathie, montrant une fois de plus que dans ce cœur de Reine bat vraiment, comme l'a dit le maréchal Lyautey, celui de la « Première infirmière du Monde ».

La démonstration d'Orly a, de son côté, prouvé que nos constructeurs, loin de s'endormir dans la paresseuse sécurité des « commandes en série », suivent de près tous les progrès techniques et la gamme des appareils

qu'ils présentèrent, allant de la vedette sanitaire à un seul blessé, véritable « passe-partout aérien », à l'avion commercial « gros porteur », transformable en quelques heures — la preuve en est faite, puisque le lendemain même de l'exposition, le Lioro-Olivier reprenait son service régulier de l'Air-Union, — tous parfaitement mis au point et bien conçus, montra, à côté du Junkers, également très réussi, de la Croix-Rouge suédoise, qu'il suffisait de leur donner un programme précis pour les trouver toujours à hauteur de leur tâche et de leur universelle réputation.

Une exposition très intéressante de matériel sanitaire avait été organisée dans les locaux de l'Institut Océanographique et nous avons, en particulier, remarqué les stands de deux maisons bien connues : celui de la Maison Collignon, où M. Mantelet présentait des trousses de matériel de campagne, et celui de la Maison Ash et Cie, qui présentait du petit matériel chirurgical et des trousses d'urgence pour fracture du maxillaire ; en particulier, le modèle du Dr Pont et la trousse modèle du centre Maxillo-Facial de Paris, ainsi que des ouvrages professionnels.

Pour terminer, nous féliciterons les organisateurs d'avoir choisi la ville de Reims comme but de leur excursion, car là aussi, dans le cadre où s'envolèrent nos premières ailes, un accueil inoubliable fut réservé à ses hôtes par la Municipalité, secondée par l'actif et dévoué Président de l'Aéro-Club de Champagne.

A l'issue du Congrès les vœux suivants ont été votés à l'unanimité ainsi que la liste des questions à porter à l'ordre du jour du prochain Congrès dont la date et le lieu seront fixés par un Comité permanent ainsi composé : *Président* : le Prof. RICHET (France) ; *Vice-Présidents* : 1° Prof. DI NOLA (Italie) ; 2° Général Dr Rouppert (Pologne) ; 3° Général Fritz BAUER (Suède) ; Secrétaire général : Robert CHARLET, commissaire général du premier Congrès. Le siège de ce Comité est établi à l'Aéro-Club de France, 35, rue François-Ier, Paris.



A la séance terminale du Congrès, les vœux suivants ont été adoptés à l'unanimité :

1° Que les nations représentées au Congrès veuillent bien favoriser par tous les moyens en leur pouvoir l'extension et le développement de l'Aviation sanitaire dans tous les domaines ;

2° Que toutes facilités soient accordées en temps de paix aux avions sanitaires pour favoriser leur circulation en leur reconnaissant la priorité permanente et absolue d'utiliser tous les terrains d'aviation et tous les moyens de transmission rapide, en leur accordant le libre passage des frontières ;

3° Qu'une politique soutenue des terrains d'aviation permette l'utilisation la plus large possible de l'avion sanitaire, en commençant par les

régions les plus défavorisées au point de vue moyens de communication ;

4° Que l'aménagement des appareils de transport commerciaux en avions sanitaires soit encouragé en vue de permettre leur emploi rapide, soit en temps de paix lors d'accidents ou de calamités publiques, soit en temps de guerre pour les évacuations sanitaires normales ;

5° Que les sociétés ou entreprises privées se proposant de construire ou d'utiliser des avions sanitaires reçoivent des pouvoirs publics tous les appuis matériels et moraux propres à favoriser leur entreprise ;

6° Que la situation des avions sanitaires soit réglée le plus tôt possible, en ce qui concerne leur immunisation, dans le cadre des règlements internationaux.

Sujets proposés pour être mis à l'ordre du jour du deuxième Congrès d'Aviation sanitaire :

1° L'aménagement des avions sanitaires ;

2° La sécurité sous toutes ses formes des avions sanitaires ;

3° Les contre-indications médico-chirurgicales du transport en avion sanitaire ;

4° Le corps de Santé de l'air.



Sur l'initiative de M. Nemirowsky, le prix suivant a été créé :

Prix Maurice Raphaël. — A l'occasion de chaque Congrès International de l'Aviation sanitaire, un objet d'art sera décerné sous le nom de son donateur, M. Maurice Raphael (de Paris), au technicien qui aura réalisé l'appareil aérien présentant les meilleures qualités de sécurité, de confort et d'adaptation au transport par la voie des airs, des malades ou blessés, du personnel et du matériel approprié.

Cet objet d'art sera attribué par le Comité permanent des Congrès internationaux de l'Aviation sanitaire suivant un règlement fixé par le Comité.

NÉCROLOGIE

Wisner

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère M. Wisner, de Strasbourg, ancien président du Syndicat des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine.

Lors du Congrès de l'A. F. A. S., à Strasbourg, en 1920, il présidait le Comité local de la 14e section (odontologie), et tous ceux qui ont assisté à cette réunion ont conservé de lui le meilleur souvenir.

Nous adressons nos sincères condoléances à sa famille.

Nous apprenons la mort, dans des conditions tragiques, le 2 juillet, d'Eugène Lickteig, directeur de la clinique dentaire de la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. et Mme Morin, démonstrateurs à l'Ecole dentaire de Paris, viennent d'être éprouvés par la mort de leur grand'père, survenue le 18 juin, à l'âge de 80 ans.

Nous adressons nos condoléances aux familles éprouvées.

NOUVELLES

MANIFESTATION DE SYMPATHIE

Nous avons rendu compte, dans notre numéro de mai, de la manifestation de sympathie, organisée en l'honneur du Dr Léon Frey, à l'occasion de son départ de l'Hospice de Bicêtre. Nous avons reçu, malheureusement trop tard, pour le reproduire dans ce numéro, le portrait du Dr Frey. Nous le publions aujourd'hui, certains qu'il sera agréable à tous ses anciens élèves de revoir les traits de leur professeur.



Distinction honorifique. — Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination, au grade d'officier d'académie, du Dr E. Vais, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris (*Officiel* du 15 mai 1929).

Nous lui adressons nos félicitations.

Nomination. — Par décision du Conseil d'administration du 9 juillet, M. Wisner (de Paris), membre de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, qui se retire de la profession, a été nommé membre honoraire.

Mariages. — Le mariage de M. Robert Rodrigues, chirurgien-dentiste, avec Mlle Léone Briane, étudiante en chirurgie dentaire, a été célébré le 29 juin.

Le mariage de Mlle Lebreton (du Havre), membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Daniel Lefort, a été célébré le 6 mai.

Le mariage de Mlle Marinette Raton, fille de notre confrère M. Raton (de Lyon), avec M. Lucien Pornon, chirurgien-dentiste, a eu lieu le 22 juillet.

Le mariage de Mlle Germaine Tireau, fille de M. Ch. Tireau, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Joe Pinton, a été célébré le 22 juin.

Le mariage de Mlle Louise Laquère, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Marc Leduc, a été célébré le 5 août.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissance. — M. et Mme Robert Delacourt (d'Abbeville) nous font part de la naissance de leur fils Jean.

49e ANNÉE. N° 8. 30 AOUT 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE VOLUME DES DENTS ARTIFICIELLES ET SON IMPORTANCE A L'ÉGARD DE LA STABILITÉ FONCTIONNELLE DES PROTHÈSES

Par le Dr François ACKERMANN

(De Genève).

(*Communication à la Semaine odontologique*, 11 *avril* 1929).

616.314×11

Pour juger de l'instabilité fonctionnelle des prothèses, il est nécessaire d'étudier des cas difficiles, avec forte résorption par exemple. Ce sont ces cas qui montrent le mieux la différence de résultat fonctionnel que l'on peut obtenir avec le même genre d'empreinte, la même occlusion centrique, le même genre d'engrènement et d'articulation des dents, mais avec des volumes et des formes variables de dents artificielles. Ce sont certains insuccès d'excellents prothésistes qui nous ont incité à penser que le volume des dents artificielles et leurs formes spéciales doivent jouer un rôle capital à l'égard de la stabilité fonctionnelle des prothèses et des bridges. Nous avons vu des cas de patients édentés traités par des praticiens connus, cas qui étaient restés des échecs malgré une technique et une confection admirables. Force nous a été dans ces cas de songer à l'influence du volume des dents artificielles et l'expérience et le raisonnement nous ont convaincu que ce facteur est très important.

Il est entendu que la plupart des cas où la résorption alvéolaire est modérée peuvent supporter des volumes courants de dents artificielles ; mais il n'en est pas de même pour les cas à très forte résorption, qui ne sont pas rares dans la pratique.

Le Prof. Gysi, de Zurich, avec ses *dents croisées* ; le Dr Sears, de New-York, avec ses Sears Channel Posterior *Teeth* ; le Dr Fehr, de Berlin, avec ses *dents Saxonia*, etc., doivent être convaincus de l'importance du volume et de la forme des dents artificielles puis-

qu'ils ont créé une nouvelle sorte de dents artificielles, *les dents dites fonctionnelles*, qui sont de conception purement mécanique et esthétique, adaptées aux conditions spéciales créées par la résorption. Les résultats des travaux de ces auteurs sont très différents, mais tous semblent d'accord sur ces deux points : la forme spéciale de la dent artificielle et son volume spécial. Il reste encore entendu que toutes ces recherches se sont faites sur les prémolaires et molaires, puisqu'il est impossible de songer à modifier l'apparence des dents antérieures.

Nous n'entrerons pas dans l'étude des dents dites fonctionnelles et nous renvoyons le lecteur aux travaux extrêmement intéressants concernant ces dents. Cette étude des dents fonctionnelles devrait être connue de tous les praticiens, car elle ouvre un champ d'observations de première utilité et il est tout à fait instructif de comparer les points de vue des différents auteurs.

Nous apporterons à ce problème une collaboration personnelle en invitant nos auditeurs à nous suivre dans une petite démonstration où ils ne devront pas oublier qu'il s'agit de cas très spéciaux à forte résorption, cas très difficiles traités sans succès avec des méthodes considérées, et traités avec succès grâce aux modifications apportées dans le volume et la forme des prémolaires et molaires artificielles.

Nous disons donc que dans les cas de forte résorption, où l'axe inter-alvéolaire est très incliné, le volume ordinaire des molaires et prémolaires artificielles peut souvent ne pas satisfaire. Les dents « pleines » n'offrent dans ces cas pas assez de stabilité si elles sont placées dans l'axe inter-alvéolaire, encore moins si elles sont placées plus vestibulairement ou bien elles gênent les mouvements de la langue si elles sont placées trop en « dedans » lingualement.

Ce grave inconvénient est dû *au volume* des molaires et prémolaires artificielles, autrement dit, à la largeur de leurs surfaces triturantes.

Observations concernant les incisives dans les cas de forte résorption.

Il n'est pas possible de monter les dents artificielles antérieures aux lieu et place où se trouvaient les dents naturelles, car à cause de la résorption toutes ces dents porteraient « à faux », elles n'auraient *aucun appui* sur le bourrelet gingival. Il est donc nécessaire de

monter les incisives artificielles plus en arrière que les incisives naturelles, d'où réduction de l'espace réservé à la langue.

Une réduction trop forte de cet espace a comme conséquence immédiate une forte gêne dans la parole et dans les mouvements linguaux. Il faut donc établir un compromis entre la *fonction*, l'*esthétique* et la *phonétique* et c'est pourquoi on doit avoir des incisives artificielles d'une épaisseur réduite, puisque, comme il l'a été dit, les dents artificielles doivent être placées un peu plus en arrière que les dents naturelles. Le prothésiste devra admettre que la perte totale des dents conduit presque toujours à des modifications dans ces cas de forte résorption plus ou moins irréparables de la face.

Le montage des incisives artificielles dans les cas de forte résorption ne pourra donc pas, si l'on désire des prothèses fonctionnelles, rétablir le profil du patient tel qu'il était auparavant avec ses dents naturelles. Il sera facile de s'en convaincre en étudiant les modifications et diminutions de volume du palais après l'extraction des dents. Ce qui est vrai pour le maxillaire est vrai pour la mandibule avec cette différence que la résorption est centrifuge au niveau des molaires et prémolaires.

Bon gré mal gré le montage des incisives, dans les cas qui nous occupent, se fait un peu plus en dedans que celui des dents naturelles préexistantes. Il s'agit maintenant de procéder aux montages des prémolaires qui vont continuer la réalisation d'une arcade dentaire artificielle déjà légèrement réduite par rapport à l'arcade naturelle préexistante.

Observations concernant les prémolaires et molaires.

Avons-nous dans les cas de très fortes résorptions le droit d'employer pour des prothèses fonctionnelles des prémolaires et des molaires pleines, aussi larges que celles dont nous nous servons généralement ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'examiner les modifications des rapports inter-alvéolaires apportées par une forte résorption.

Gysi, dans son merveilleux travail sur les « Cross-bite Teeth », a donné deux illustrations, qui représentent les rapports inter-alvéolaires avant et après l'extraction. On voit dans une figure que les deux racines vestibulaires n'auraient plus aucun appui alvéolaire après la résorption : la molaire naturelle supérieure aurait perdu sa stabilité. S'il était possible de réimplanter des dents avec racines dans les rebords alvéolaires résorbés, nous serions obligés pour assu-

rer la stabilité de ces dents de réduire considérablement leur volume et leur forme. On remarquerait qu'au niveau des prémolaires il ne resterait au fond de place que pour une demi-dent supérieure ; il n'y aurait plus de place pour une dent « pleine » ! Pour les molaires le volume serait considérablement réduit aussi bien pour les supérieures que les inférieures. Si l'on employait dans ces cas particuliers des prémolaires supérieures pleines, les *forces basculantes* seraient énormes, alors que dans le cas où l'on emploierait une demi-dent (canine par exemple), ces forces basculantes seraient très fortement diminuées. En meulant les cuspides vestibulaires et linguales des prémolaires inférieures on diminuerait encore ces forces basculantes et l'on obligerait la pression inter-dentaire à se faire dans l'axe inter-alvéolaire et sur les cuspides linguales. A quoi servent des dents artificielles pleines sans stabilité fonctionnelle ? A rien du tout, car même si elles sont esthétiques le fait qu'elles contribuent à faire basculer ou tomber une prothèse les rend complètement négatives. Une demi-dent artificielle avec stabilité est mille fois supérieure, car c'est une dent fonctionnelle, nous dirons « positive ».

Précisons encore et prenons un exemple banal de prothèse partielle : un patient avec une forte résorption unilatérale du maxillaire supérieur. Si la molaire artificielle supérieure est engrenée anatomiquement avec la molaire naturelle inférieure, il n'y a aucune stabilité pour la prothèse supérieure. Si cette dent est engrenée en occlusion croisée, même insuccès ; si cette dent est placée très lingualement, elle gêne la langue, la largeur de sa surface triturante devient de ce fait « négative ». N'est-il pas plus logique dans un cas pareil d'employer une demi-dent assurant le maximum de stabilité et de confort ?

Notre illustration a montré en hachures tout ce qui est « négatif », vestibulairement parlant, dans une dent artificielle trop large, car toute pression ou contre-pression exercée sur ces régions fait bascule. Une autre illustration a montré comment on peut éviter ces inconvénients et construire une molaire supérieure dans l'axe inter-alvéolaire avec un volume en rapport avec celui de la molaire inférieure, ce volume sera donc variable et pourra dans certains cas être très réduit.

Un détail important est le meulage d'une partie des cuspides vestibulaires des prémolaires et molaires inférieures. Nous avons observé dans l'abrasion que ce sont les cuspides vestibulaires qui

s'usent le plus et le plus vite et que, de ce fait, l'inclinaison des surfaces triturantes devient complètement renversée, penchée en dehors vestibulairement. Or, avec les dents artificielles on remarque que presque toutes les pressions sur les cuspides vestibulaires des dents inférieures tendent à faire basculer la prothèse inférieure. L'abrasion démontre que ces pressions sont les plus fortes sur les cuspides vestibulaires inférieures. Il faut donc supprimer ces forces basculantes par un meulage plus ou moins accentué de ces cuspides vestibulaires afin de diriger les pressions les plus fortes sur les cuspides linguales.

Il importera que le praticien connaisse les indications des dents artificielles, car quoique le commerce livre des dents artificielles merveilleuses pour occlusion anatomique et croisée, il est de toute nécessité de savoir quelles hauteurs, largeurs et longueurs de dents sont indiquées puisque le volume et la forme des dents artificielles jouent un rôle capital, de même que le genre d'engrènement par rapport aux axes inter-alvéolaires.

Le Prof. Gysi n'a recommandé que deux sortes de plan pour les surfaces triturantes au niveau des premières molaires :

a) Le plan versé en dedans lingualement, pour le montage anatomique ;

b) Le plan horizontal pour le montage croisé.

Nous croyons être le premier à attirer l'attention sur un troisième plan en ce qui concerne les dents artificielles ;

c) Le plan versé en dehors (vestibulairement), plan que montrent les cas de mâchoires naturelles fortement abrasées.

Sans être une imitation de ce type C, le montage spécial que nous exposerons a tendance à appartenir à cette troisième catégorie surtout par le fait du meulage des cuspides vestibulaires des molaires et prémolaires inférieures, — meulage qui renverse l'inclinaison de la surface triturante.

Voici les principes essentiels d'un montage spécial réservé aux cas avec très forte résorption :

1° Eviter une hauteur d'articulation trop grande, tendant à créer un bras de levier défavorable, parce qu'il est trop haut ; se rappeler que *plus* les dents sont *près* du rebord alvéolaire et *sur* le rebord alvéolaire, *plus* il y a d . stabilité ;

2° Monter les incisives avec une très faible surocclusion, ou sans occlusion, en engrènement anatomique, bout à bout ou prodontie inférieure, selon le cas ;

3° Remplacer les deux premières prémolaires supérieures par deux canines, afin de créer plus de place pour la langue, et monter ces dents sur la crête alvéolaire ;

4° Prendre pour les autres prémolaires et molaires supérieures des demi-dents (dents facettes avec crampons), et les articuler en plein dans l'axe inter-alvéolaire avec les prémolaires et molaires pleines inférieures ;

5° Modeler en cire la surface triturante des deuxièmes prémolaires et des molaires supérieures, pour assurer la trituration dans des conditions de stabilité, en faisant les mouvements de latéralité et de propulsion sur l'articulateur. La surface triturante sera donc de largeur variable, elle dépendra de la surface triturante des dents inférieures et du volume de la langue. Les surfaces triturantes des molaires supérieures seront coulées ou estampées ;

6° Il est indiqué de meuler une partie des cuspides buccales (vestibulaires) des molaires et prémolaires inférieures, afin de supprimer la pression interdentaire qui tend à faire basculer la prothèse inférieure.

Comme vous le voyez, voici une conception nouvelle et très personnelle de satisfaire la stabilité fonctionnelle des prothèses complètes dans les cas extrêmement difficiles de très forte résorption. Les trois facteurs essentiels ont été observés dans la mesure du possible, puisqu'il a été établi un compromis entre l'esthétique, la phonétique et la fonction.

Ces cas difficiles nous ont démontré l'importance de la forme et du volume des dents artificielles puisque, comme nous l'avions dit, il n'avait pas été possible de réaliser un succès avec des dents artificielles ayant un volume courant.

Ce qui vient d'être démontré avec les dentiers complets pourrait l'être également avec des dentiers partiels où la résorption oblige le prothésiste à modifier le volume et la forme de certaines prémolaires et molaires artificielles sous peine de forte instabilité.

En ce qui concerne les bridges le problème, quoique différent, reste cependant et méritera une étude toute spéciale, que le temps empêche d'aborder ici.

Nous ne sommes pas de ceux qui considèrent l'esthétique comme un facteur secondaire, bien au contraire, mais nous considérons comme essentielles les fonctions masticatrice et phonétique, car, sans elles le patient est vite ridicule et c'est cette catastrophe qu'il

faut éviter à tout prix. La reconnaissance d'un nombre respectable de patients encourage notre opinion.

DISCUSSION.

M. G. Villain. — Je suis très heureux de la communication de M. Ackermann qui va nous permettre d'établir une discussion, que j'espère intéressante.

Cette question du montage des appareils, surtout en vue de leur rendement fonctionnel, est excessivement sérieuse et occupe l'attention des praticiens depuis un grand nombre d'années. Les appareils de prothèse d'édentés ne donnent qu'une satisfaction relative aux malades ; on a cherché à reproduire les mouvements mandibulaires de façon à assurer une utilisation des prothèses qui permette aux malades la trituration des aliments. Je me souviens, au début de ma pratique, ou plutôt, de mon apprentissage, et cela remonte à un peu plus de 30 ans, que le montage des dentiers se faisait en occlusion inversée ; pour le dentier supérieur avec des dents plates on utilisait des talons très modestes, toujours en vulcanite ; ces talons ne résistaient pas à la mastication et, après quelques semaines, le malade avait abattu les talons de la mâchoire supérieure et se trouvait avoir une occlusion comme celle dont nous parle M. Ackermann, mais renversée, puisque la gouttière était formée par l'espace intercuspidien inférieur. J'ai mesuré au dynamomètre la puissance de mastication de certains sujets et elle n'était appréciable qu'autant qu'ils faisaient des mouvements de la mandibule sans déplacement latéral ; dès que ce déplacement se faisait, ils n'arrivaient pas à triturer les aliments. Le malade sectionne, défibre, mais il ne peut pas constituer une pâte qui compose une bol alimentaire assimilable.

On a alors cherché à imiter la nature et à reproduire les cuspides linguales autant que les cuspides vestibulaires. La stabilité de l'appareil s'en est immédiatement ressentie ; les appareils ne tenaient pas, basculaient sur les faces latérales et l'on a cherché alors à établir les courbes articulaires qui permettent d'obtenir la stabilité, et les articulateurs furent créés dans ce but.

On a souvent séparé les trois parties du problème que vient de très bien poser M. Ackermann, c'est-à-dire : d'une part la rétention, d'autre part la stabilité, enfin l'articulation de l'appareil.

L'articulation doit rétablir la fonction masticatrice de l'appareil, mais l'articulation ne peut être effective que dans des conditions de stabilité parfaite, d'où deux stabilités : l'une statique, qu'assurent l'occlusion et la rétention, l'autre dynamique qui dépend de l'articulation, mais encore faut-il que cette stabilité ne soit pas obtenue en sacrifiant la puissance fonctionnelle par l'établissement d'une articulation éloignée des conditions naturelles.

Robin, il y a 25 ans ou presque, lorsqu'il a décrit les surfaces de sustentation et le cône de sustentation, apportait au problème une solution relative à la stabilité ; mais, comme l'a dit M. Ackermann, plaçant les dents verticalement sur un plan horizontal, il était toujours obligé d'inverser l'occlusion pour que la dent puisse tomber sur le sommet de la crête supérieure, d'où rétablissement incorrect de l'articulation.

Je viens de prononcer le terme d'occlusion inversée ; c'est que l'occlusion est toujours croisée. Lorsque nous renversons les conditions naturelles, nous inversons l'occlusion ; c'est pourquoi je préfère le terme *occlusion inversée* à celui d'*occlusion croisée*.

Je crois que cette digression était utile afin de fixer une terminologie précise pour bien nous comprendre.

Quelle est la solution proposée par M. Ackermann ? Suppression des cuspides linguales pour les molaires inférieures ; pour les incisives, montage de celles-ci sur les crêtes, et tout de suite il a fait remarquer les inconvénients au point de vue esthétique, mais il ne se place qu'au point de vue fonctionnel, et je peux dire que dans certains cas j'ai construit deux appareils : l'un fonctionnel, l'autre esthétique. C'est une solution qui ne donne pas satisfaction au malade, qui n'aime pas à changer d'appareil pour broyer ses aliments.

D'autre part, on peut avoir 50, 60 ans, être édenté et prétendre à certain aspect esthétique, et nos malades réclament un rétablissement des contours faciaux aussi parfait que possible. Donc, la question esthétique ne doit pas être oubliée et il faut que nous en tenions compte.

Peut-on monter les appareils au point de vue esthétique en restaurant les contours tout en conservant la stabilité de ces appareils ? D'autre part, si l'on ne peut pas monter les dents suffisamment en avant, peut-on, en les plaçant lingualement comme le présente un des cas de M. Ackermann, obtenir un résultat au point de vue fonctionnel ? Oui, au point de vue mastication ; non, au point de vue phonétique.

Vous avez tous été ennuyés par des malades qui vous disent : je ne peux pas parler, je bafouille, il m'est impossible de conserver cet appareil.

Il est essentiel que les questions : restauration esthétique, restauration fonctionnelle, qui comprend la restauration de la mastication, et la restauration phonétique, soient résolues dans le montage d'un dentier.

Ce problème semble très complexe à première vue, mais il ne l'est pas. La stabilité d'un appareil ne dépend pas du tout, du moins pour les incisives, de la position des dents par rapport aux crêtes, car si vous regardez la position naturelle des dents d'un malade, elles sont toujours en apparence en dehors de l'équilibre.

Notez que les incisives supérieures sont inclinées de bas en haut et d'avant en arrière, tandis que les incisives inférieures sont inclinées

en sens inverse, c'est à dire d'avant en arrière, mais de haut en bas, qu'en conséquence les incisives reçoivent des pressions sur leurs faces linguales ayant toujours tendance à les projeter en avant, tandis que les incisives inférieures reçoivent la contrepression qui aurait tendance à les lingualer et à les ingresser. Or, voyons-nous les dents se déplacer dans ces conditions ? Dans un seul cas, lorsqu'il y a absence des molaires. Par conséquent, la stabilité des incisives provient des réactions provoquées par les molaires lors de la projection en avant de la mandibule. Est-il alors nécessaire dans notre restauration prothétique de tenter de faire quelque chose de mieux que ce qu'a fait la nature ? Pas du tout. Il nous suffit de copier la nature et d'assurer la stabilité de l'appareil par les contacts postérieurs pour que celui-ci soit stabilisé dans ses contacts antérieurs.

D'autre part, utilisons-nous nos dents incisives et canines au point de vue fonctionnel d'une façon très appréciable ? Nous ne les utilisons que pour l'incision de certains aliments et surtout pour sectionner des corps durs comme un fruit ou un morceau de sucre. Mais dans quelle position plaçons-nous nos maxillaires pour ceci ? Nous mettons la mandibule en propulsion de façon à venir placer les incisives bout à bout. Dans cette position, le maxillaire inférieur s'est avancé et nous remarquons que les molaires prennent contact. Pourquoi ? Parce que les dents sont placées suivant la courbe de Spee ; je voudrais bien qu'on l'appelle, d'ailleurs, du nom de celui qui l'a signalée le premier, qui est un de nos confrères. C'est Balkwill.

Cette courbe, nous la remarquons sur le maxillaire inférieur, mais nous ne la remarquons pas sur le maxillaire supérieur en raison de la surocclusion des incisives, la ligne d'occlusion est droite, depuis l'incisive centrale jusqu'à la première molaire ; au niveau de la première molaire, la courbe commence à s'établir et s'accentue jusqu'à la troisième molaire où elle est fortement marquée.

Dans le mouvement de propulsion pour inciser, la mandibule se déplaçant en avant et fait qu'il y a contact des molaires en même temps que contact du point incisif ; par conséquent, sauf au moment où la première pression est exercée sur un corps épais, le contact est établi pour maintenir l'équilibre.

Mais il y a un moment où l'appareil est susceptible de basculer. Pour éviter ceci un confrère allemand avait proposé d'établir à la partie postérieure des appareils un plan incliné très marqué venant compenser ainsi la perte de contact. La nature, elle, ne nous a pas donné ce plan incliné, mais elle nous a donné trois grosses molaires et nous l'oublions.

En général, nous n'utilisons pas dans nos appareils une troisième grosse molaire faute de place. Il est nécessaire d'exagérer la courbe sagittale pour arriver à compenser le contact antérieur.

Il semble donc que le montage de dentiers fait au point de vue fonctionnel phonétique ne saurait a priori assurer la stabilité des appareils.

Je vous demande la permission de vous présenter un modèle. C'est le cas d'une malade qui était munie d'un bridge supérieur et inférieur reconstituant la totalité de ses arcades dentaires ; c'étaient des bridges de pyorrhée. Cette malade a perdu d'un seul coup toute sa denture par l'élimination des piliers des dents portant les bridges. Elle n'aurait pas toléré qu'on ne restaurât pas ses contours faciaux. Elle a été brusquement édentée, ses incisives étaient très projetées en avant, en type caricatural de l'anglo-saxon. Il était donc nécessaire de restaurer immédiatement les conditions esthétiques préexistantes.

Malgré le montage en projection vestibulaire exagérée des incisives par rapport aux crêtes, le résultat fut remarquable au point de vue stabilité des appareils. Les dents utilisées comportent toutes leurs cuspides, la restauration des surfaces articulaires est donc totale.

Pourquoi un appareil est-il stable lorsque nous nous trouvons dans des conditions de résorption alvéolaire aussi intenses que celles que je vous montre, en reconstituant à notre malade une surface articulaire qui est la reproduction presque parfaite de celle qu'il avait ?

C'est que nous avons appris, et M. Ackermann l'a oublié dans la description qu'il nous a faite, que les forces ne s'exercent pas du tout dans un seul plan ; les dents sont multi cuspidées.

Schématisons : les cuspides vestibulaires des molaires supérieures présentent deux plans : le plan incliné vestibulaire est sans intérêt fonctionnel ; le plan lingual de cette cuspide est peu incliné, il est peu utilisé pour la trituration, mais joue un rôle que je vous indiquerai tout à l'heure.

La cuspide linguale, constituée par deux plans, l'un vestibulaire, l'autre lingual, est beaucoup plus active. C'est elle qui a servi à broyer l'aliment parce qu'elle va jouer le rôle du pilon dans le mortier qui est constitué par les plans cuspidiens de la molaire inférieure dont le plan lingual de la cuspide linguale n'est pas utile dans la mastication.

Que se produit-il quand le malade broie le corps alimentaire ? Il fait un mouvement de latéralité, déplace sa mandibule de façon à opposer les pointes cuspidiennes inférieures et supérieures, et le corps alimentaire a été de ce fait sectionné en partie de façon à être enfermé dans l'espace compris entre les cuspides qui forment ainsi une petite loge. L'excès d'aliments est éliminé, les cuspides, ayant joué le rôle de couperet, ne conservent qu'une parcelle de corps alimentaire dans l'espace intercuspidien.

Il faut que le malade ait un appareil stabilisé lui permettant de sectionner le corps alimentaire, mais à partir de ce moment la pression va devenir beaucoup plus forte pour écraser le corps alimentaire. Comment le malade va-t-il écraser le corps alimentaire ? La cuspide externe su-

périeure ne va jouer qu'un rôle de guide ; la résistance se fera sur le plan vestibulaire de la cuspide linguale et la direction de la résultante des pressions exercées n'est plus cette direction verticale qu'on nous montre trop souvent, la pression est exercée obliquement en dedans et de bas contrant ; par conséquent, nous allons avoir beaucoup plus de chance de stabiliser notre appareil sans avoir dû pour cela réduire son diamètre frontal. Sur la dent inférieure, la contre-pression a tendance à exercer la pression en dehors de la crête ; mais la crête inférieure est toujours plus large que la crête supérieure, ce qui nous permet d'obtenir une bonne stabilisation inférieure.

Il est beaucoup plus aisé de stabiliser un appareil qu'on ne pourrait le croire, car on oublie l'utilisation de ces plans inclinés des cuspides. Remarquez-le sur vous-mêmes, le déplacement mandibulaire dans la mastication est très limité ; il est limité à la distance séparant le sillon intercuspidien des cuspides, c'est-à-dire au maximum deux millimètres et demi ; en général, le déplacement est de moins de deux millimètres. Mais ce n'est pas le déplacement latéral dans n'importe quel sens qui est utile. Supposez que vous saisissiez un aliment pour le broyer sur le côté gauche des arcades dentaires, vous faites un mouvement de diduction à gauche et vous coupez l'aliment. Mais lorsque la pression va s'exercer pour écraser le corps alimentaire, c'est le mouvement inverse qui va se produire, c'est-à-dire un mouvement de diduction vers la droite, donc de dehors en dedans pour l'hémis-arcade gauche. Voilà la raison pour laquelle nous stabilisons nos appareils avec facilité, les pressions puissantes sont toujours exercées en dedans, tandis que celles exercées en dehors sont infiniment plus faibles.

Encore un point important soulevé par ce qu'a dit M. Ackermann. J'avais été frappé jadis de remarquer sur plusieurs crânes que l'inclinaison des surfaces articulaires des dents de 6 ans était inversée et vous retrouverez les mêmes conditions sur les différents maxillaires très intéressants que présente M. Ackermann. Vous noterez pour les dents de douze ans que les plans articulaires sont bien inclinés en dedans, tandis que le plan incliné des dents de six ans est toujours incliné en dehors. J'ai fait une étude théorique du mouvement mandibulaire, dans le temps ; j'ai dit que le mouvement de circumduction est similaire à celui d'une pendule conique. Nous ne faisons pas simplement un mouvement circulaire ; nous faisons un mouvement en huit qui explique l'abrasion mécanique différente au niveau des dents de 6 ans, qui correspondent au centre même de ce mouvement.

En résumé, je voulais rappeler que le problème de l'articulation doit tendre à assurer les conditions essentielles de restauration, esthétique, masticatrice, phonétique et je crois qu'il est possible de les réaliser dans leur ensemble.

M. le Dr Roy (président). — Vous connaissez tous la compétence de M. G. Villain, l'intérêt, la passion qu'il apporte dans ses recherches à ce sujet ; c'est pourquoi je m'excuse de lui avoir accordé un temps de discussion aussi long ; mais je pense que vous ne le regretterez pas et que M. Ackermann sera heureux également du temps que j'ai consacré à M. G. Villain.

M. le Dr Kieffer. — Je suis très heureux de pouvoir saluer les efforts qui sont à peu près parallèles à ceux que je suis appelé à faire. J'ai appareillé beaucoup d'édentés ; leurs articulations mandibulaires sont très modifiées ; elles ne ressemblent plus que de très loin à l'organe normal et, d'autre part, appareiller des tuberculeux immédiatement après l'extraction, constitue une façon difficile de faire de la prothèse. Je voudrais que nous n'oubliions pas quelques-unes des grandes difficultés que nous avons pour appareiller immédiatement après l'extraction, d'abord le rapport entre les deux bords gingivaux et les rapports signalés par ce petit dessin après six semaines, nous avons une atrophie de la paroi extérieure qui continue toujours dans ce sens sur le maxillaire supérieur et une atrophie sur la paroi intérieure du massif inférieur. Une de nos plus grandes difficultés, c'est d'appareiller un édenté de longue date ; les modifications de l'articulation temporo-maxillaire pour l'édenté récent qui a subi les extractions, ainsi que la tendance d'atrophie de la paroi du maxillaire inférieur et de la paroi du maxillaire supérieur, rendent notre tâche difficile.

Je crois que pour tout ce qui tend à contribuer à assurer l'équilibre dynamique, nous devons échanger nos idées aussi souvent que possible à ce sujet.

Nous ne devrions pas oublier que notre prothèse, surtout la prothèse complète, vise deux choses : le rétablissement des fonctions autant que possible d'abord, l'esthétique ensuite. Nous aurons toujours des possibilités de rétablir l'esthétique là où le dentier sera visible, c'est-à-dire jusqu'aux canines, la première molaire ; ce que nous ferons dans la région des molaires et prémolaires aura moins d'importance, car là nous pourrons négliger les fonctions esthétiques.

C'est pourquoi je suis de ceux qui préconisent non pas de chercher dans la région des molaires et prémolaires la copie de l'anatomie, quelle que soit la beauté de l'appareil, mais le rétablissement des fonctions, et j'ai réussi avec cette dernière méthode plus qu'avec la première. Je crois, une autre fois, pouvoir vous confirmer ce que je dis aujourd'hui, c'est-à-dire considérer la région prémolaire et molaire avant tout comme une prothèse, c'est-à-dire comme la jambe de bois de celui qui aurait perdu sa jambe.

Je connais nombre de mutilés qui ont abandonné tout ce qui était compliqué dans les appareils qu'ils avaient achetés ou fait faire ; on leur

avait donné des appareils merveilleux ; un très grand nombre de ceux que j'ai vus avec ces appareils, je les vois maintenant avec de simples jambes de bois. Cela me dit que l'appareil le plus compliqué ne sera pas toujours le meilleur.

J'ai été content de voir à votre belle exposition des possibilités qui pourraient assurer cette combinaison, c'est-à-dire la mastication simplifiée, la dent du haut construite à peu près comme cela (*croquis*) et celle du bas comme cela. Les quelques appareils dont j'ai pu constater les effets m'ont donné jusqu'à présent satisfaction.

Je voudrais aussi attirer votre attention sur cette idée simplifiant la question si compliquée des prémolaires et des molaires. Je crois que nous en aurons un effet fonctionnel plus grand qu'avec la copie la plus anatomique, la plus belle au point de vue esthétique.

M. Ackermann. — Je regrette que le temps soit si court pour développer ces questions ; je remercie infiniment M. Villain, ainsi que le Dr Kieffer, et je termine parce que nous sommes obligés de donner le temps à notre confrère de Bruxelles de faire sa communication.

M. le Dr Roy. — Je regrette que le temps dont nous disposons ne permette pas à M. Ackermann de s'étendre davantage : malheureusement les heures ne sont pas compressibles. Je le remercie vivement de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire. La morphologie des dents artificielles a une importance de premier ordre en prothèse et nul n'était plus qualifié que M. Ackermann, qui est un spécialiste des questions de prothèse, pour traiter ce sujet, ce qu'il a fait avec beaucoup de clarté, et je l'en remercie au nom de la *Semaine Odontologique*, à laquelle il a apporté une si brillante collaboration.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ATROPHIES MANDIBULAIRES

Par le Dr DUFOURMENTEL,

(*Communication à la Semaine Odontologique, avril* 1929).

616.716.8

Les atrophies mandibulaires sont de différentes sortes et, pour la commodité de la description, on peut les classer en trois catégories : les atrophies qui portent sur la moitié postérieure, en particulier sur la région articulaire ; les atrophies qui portent sur la partie antérieure et les atrophies partielles.

En réalité, il est un peu schématique de les classer ainsi, car toutes les variétés peuvent être observées : certaines portant sur l'articulation, d'autres sur le col, d'autres sur une partie plus étendue encore de l'os, atteignant non seulement la région aritculaire, mais la branche montante ; on peut observer des atrophies unilatérales, d'autres qui portent uniquement sur la région incisive ou médiane : d'autres enfin sur la totalité de l'os d'une articulation temporo-maxillaire à l'autre.

Quelle que soit la forme de l'atrophie, il y a au point de vue étiologique un élément qui domine toute la question et qui s'applique aux autres os : ce qui crée le plus facilement l'atrophie d'un membre ou d'un segment de membre, c'est l'arthrite. A partir du moment où il y a une lésion articulaire, genou, hanche, etc., l'atrophie de la partie sous-jacente est beaucoup plus rapide que si aucune légion n'intéresse l'articulation.

Quelle que soit la forme anatomique de l'atrophie, qu'il s'agisse d'une atrophie totale ou limitée, c'est toujours à l'arthrite temporo-maxillaire qu'il faudra penser en premier.

Il est des cas où la cause est évidente, par exemple lorsqu'un sujet a eu une arthrite guérie par ankylose ; c'est une mauvaise guérison, mais c'est la consolidation, la fin de la maladie, la rançon de la guérison ; cela mérite tout de meme le nom de guérison.

Si pour une raison quelconque une mâchoire se trouve immobilisée sans qu'il y ait eu arthrite, elle ne s'atrophie pas d'une façon comparable ; ce n'est donc pas seulement le manque de fonctionnement, l'immobilité forcée de la mâchoire qui entraîne l'atrophie, il est incontestable que c'est la lésion articulaire. C'est pourquoi, je

faisais cette comparaison entre l'importance à ce point de vue des arthrites du genou, de la hanche, et l'arthrite temporo-maxillaire.

C'est dans les cas d'ankylose, puisque l'ankylose est une suite d'arthrite, que l'atrophie de la mâchoire est la plus marquée, la plus constante. S'il y a une lésion bilatérale, il y a atrophie totale avec rétrognathisme et affaissement de la saillie du menton donnant le profil de musaraigne ou de mouton suivant les différentes comparaisons en usage.

Il y a des cas moins accentués. Certaines arthrites guérissent sans ankylose ; elles sont tout de même une cause d'atrophie et il est incontestable qu'une arthrite qui a parfaitement guéri peut entraîner à sa suite une atrophie très marquée de la mâchoire inférieure.

A côté de ces cas où la cause est évidente parce qu'il y a eu arthrite suivie ou non d'ankylose, il en est où la cause échappe ; on doit alors même considérer encore qu'il s'agit d'une arthrite. Pourquoi ?

C'est qu'il y a des cas intermédiaires qui conduisent de ceux où la cause est évidente jusqu'à ceux où la cause ne se trouve pas du tout. Parfois cette cause ne peut être que soupçonnée. Dans d'autres cas on ne la décèle que par des recherches obstinées.

Exemple. Il y a quelque temps, j'observe une fillette de treize ans qui avait une atrophie assez marquée. Les parents commençaient à s'en préoccuper parce que la jeune fille était enlaidie par le défaut de développement de son menton.

J'interroge la jeune fille qui me dit : je n'ai rien, je n'ai jamais rien eu, je mâche comme tout le monde, seulement le menton ne se développe pas. J'interroge la famille, qui ne sait rien non plus, mais qui finit par retrouver un certificat médical attestant que cette petite ayant eu une rougeole à deux ans a fait un abcès dont il est impossible actuellement de trouver la trace, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ; cela a été une arthrite bénigne ; cependant elle a entraîné une atrophie de la mandibule.

Dans d'autres cas, l'interrogatoire n'ayant rien fait trouver, on a pu faire le diagnostic par l'association d'autres lésions.

Vous savez qu'une des grandes localisations initiales de la gonococcie chez l'enfant c'est la conjonctivite.

Vous savez aussi que depuis qu'on emploie sytématiquement, légalement, obligatoirement, le nitrate d'argent au moment de la naissance, cette ophtalmie a diminué, mais non complètement

disparu. C'est une conjonctivite nécrosante qui crée sur la cornée un ulcère dont la cicatrisation laisse une taie.

Dans certains cas on peut retrouver, en interrogeant la famille, ou le médecin, la co-existence de la lésion oculaire et de la lésion articulaire, mais dans la plupart des cas on ne la retrouve pas ; elle a passé inaperçue.

Vous voyez dès lors la valeur de la coïncidence d'une taie cornéenne et d'une atrophie mandibulaire.

Dans les atrophies partielles, les causes sont plus difficiles à trouver et peut-être plus importantes encore.

Il y a des atrophies qui siègent uniquement au voisinage de l'articulation, qui n'atteignent que le condyle et le col. Elles entraînent une petite malformation qui correspond au manque de développement du condyle ; c'est *la béance.* La mâchoire est un os composé de deux parties coudées l'une sur l'autre, il est donc facile de comprendre que, si la partie postérieure est raccourcie, l'antérieure sera diminuée d'autant. Cette béance se corrige chez l'enfant. Par un retrait de la mâchoire, la mâchoire se coudant davantage se trouve en rétro-occlusion par rapport à la mâchoire supérieure ; il y a une atrophie, un retrait du menton.

C'est encore à l'arthrite qu'il faut penser ici, à la lésion articulaire qui n'agit, dans ce cas-là, que localement.

Quelles causes chercher à ces arthrites, comment apparaissent-elles, comment les déceler ?

Il y a des arthrites qui sont évidentes, par exemple au cours de la rougeole, de la scarlatine, etc. Il y a des arthrites traumatiques également évidentes. Mais il y en a une toute spéciale, traumatique, minime, répétée indéfiniment, sur laquelle je voudrais spécialement attirer l'attention.

Un enfant qui a au niveau de son articulé inter-dentaire un intervalle, une irrégularité quelconque, fait que la position d'engrènement devient anormale. Cette position, qui est la position assise de la mâchoire, n'étant pas confortable si l'une de ses deux surfaces est altérée, il y a un déséquilibre, qui fait qu'à chaque mouvement, il y a un traumatisme, un décalage, un jeu, une secousse, et cette secousse, si minime qu'elle soit, se répercute dans l'articulation temporo-maxillaire. Non seulement il y a secousse au moment des mouvements, mais secousse permanente, car ce sont les enfants qui ont des vides, des irrégularités dans l'adaptation des deux arcades

dentaires, qui ont des tics, qui mâchonnent, grincent des dents, n'ont jamais de repos articulaire et finissent par irriter par petites secousses constantes, continues, leur articulation temporo-maxillaire, et c'est chez ces enfants-là qu'on trouve des lésions au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Ceci s'applique par répercussion à l'extrémité postérieure de l'os.

Il y a d'autres causes d'atrophie partielle qui siègent dans la partie antérieure ; il faut les chercher soit dans les mauvaises habitudes des enfants, soit dans les organes voisins.

Tout le monde connaît, depuis que M. Pierre Robin l'a diffusée, et, je crois, avec beaucoup de raison, tout le monde connaît la glossoptose et les différentes malformations qui peuvent en résulter : la courbure anormale des os palatins, les irrégularités dans le massif du maxillaire supérieur se répercutant sur la partie antérieure de l'os et pouvant donner lieu à des atrophies partielles.

Il y a encore des mauvaises habitudes de l'enfant qui, sur des os encore malléables, finissent par donner de véritables atrophies partielles. Les suceurs de pouce arrivent à refouler leurs dents inférieures, à augmenter la courbure de l'os et à se créer un retrait du menton ; ce sont là des causes connues qui entraînent une atrophie limitée et dont il faut se souvenir.

Au point de vue thérapeutique, je n'envisagerai que ce qui est purement chirurgical, c'est-à-dire les cas dans lesquels l'orthodontie ne peut rien. Il est évident que lorsqu'il y a une atrophie partielle, il faut d'abord s'attacher à la suppression de la cause, c'est-à-dire la régularisation des arcades dentaires lorsqu'elles sont irrégulières, la suppression de la mauvaise habitude de l'enfant, etc. On peut aussi lutter contre la lésion déjà formée si elle est d'une étendue qui ne dépasse pas les possibilités de l'orthodontie, par les méthodes habituelles.

Mais à partir du moment où les lésions, devenues *osseuses*, ont atteint une certaine ampleur, elles ne peuvent plus réagir au traitement orthodontique ; le traitement chirurgical intervient.

PREMIER CAS. — *Atrophie partielle n'atteignant que la région articulaire.*

C'est là un des cas où l'on peut se contenter d'agir sur l'articulation seule, sans toucher à l'os lui-même. Encore faut-il, pour avoir chance de succès, être bien assuré que, par ailleurs, les dimensions de la mandibule sont normales.

On réalisera donc l'abaissement de l'os en intercalant entre le tem-

poral et le condyle un disque de cartilage prélevé au niveau des côtes. Il importe que ce disque soit excavé par sa face inférieure et convexe par sa face supérieure de façon à pouvoir se maintenir sans être chassé par la pression des deux surfaces antagonistes. L'application n'en offre pas de difficultés insurmontables. Il est aisément toléré et contribue pour une part importante à la correction de la déformation. Nous en avons présenté un exemple typique à la Société des Chirurgiens de Paris (Séance du 2 novembre 1928).

Il sera bon, dans les premiers jours qui suivront l'opération, d'appliquer en même temps une fronde sous-mentonnière aidant à la correction de la béance.

DEUXIÈME CAS. — *Atrophie caractérisée surtout par la microgénie. — Retrait du menton avec bon articulé dentaire.*

Il s'agit dès lors d'une correction de pure esthétique. La paraffine, que l'on employait régulièrement autrefois, étant actuellement presque universellement condamnée à cause des graves complications que peut ultérieurement déterminer sa présence dans les tissus, on doit suppléer au relief déficient par l'application d'un capitonnage emprunté au sujet lui-même. C'est encore à la greffe cartilagineuse qu'il est le plus simple de recourir. Et c'est par l'application de plaquettes en avant de l'os qu'on parviendra à rétablir la saillie normale du menton.

TROISIÈME CAS. — *Atrophie entraînant à la fois la microgénie et le défaut d'engrènement.*

Il faut, dans ce cas, agir sur l'os lui-même. On peut le faire de trois façons :

a) En sectionnant l'os en son milieu et en maintenant les deux fragments écartés par un procédé mécanique ;

b) En sectionnant l'os en échelon ;

c) En faisant une greffe osseuse.

Le premier procédé a été fréquemment utilisé pour remédier aux consolidations vicieuses après les fractures comminutives de la guerre. On en trouvera le détail dans la thèse du Dr Bonnet-Roy avec de nombreuses observations d'opérés du Prof. Sebileau.

L'os est sectionné en son milieu à la scie de Gigli. Un appareil formé de deux demi-gouttières maintenues écartées, soit par une pièce intermédiaire — masse continue ou vérin, — soit par ancrage à la mâchoire supérieure, fixe les deux fragments en position correcte. La consolidation, surtout chez les sujets jeunes, se fait par formation d'un pont osseux entre les deux moitiés.

Dans le deuxième procédé, au lieu de faire un trait de section vertical, on fait une ligne brisée, reproduisant le dessin dit en baïonnette en marche

d'escalier. En écartant les deux fragments, ils glissent l'un sur l'autre sans perdre le contact. En les fixant en position de bon articulé on ne court pas le risque d'un défaut de consolidation.

Dans le troisième procédé, non seulement on sectionne l'os et on agrandi l'arc en en maintenant les deux moitiés écartées, mais on y ajoute un greffon osseux et ostéo-périostique prélevé au tibia ou sur un autre os favorable. On le fixe ou l'on se contente de le placer dans la brèche suivant les conditions de la malformation à corriger.

Il reste enfin des combinaisons de ces procédés entre eux ou des moyens détournés.

On peut, par exemple, unir la section en escalier et la greffe en une section quelconque et l'avancement du condyle par une cale cartilagineuse introduite en arrière de lui.

On peut enfin agir sur la mâchoire supérieure dans les cas où sa projection en avant peut utilement être diminuée.

On résèque alors toute la partie incisive du maxillaire supérieur en sacrifiant naturellement les dents correspondantes que l'on remplace par des dents artificielles mises en position rectifiée.

Nous avons pu présenter ainsi avec le Dr Darcissac un malade auquel nous avions fait une combinaison de cette résection supérieure avec l'application d'un coin cartilagineux dans l'articulation temporo-maxillaire. Le résultat fut très satisfaisant.

Il importe de signaler que toutes ces opérations sont des tentatives, qu'il s'agit là d'une chirurgie jeune et encore à l'étude.

Par les résultats qu'elle nous a donnés elle mérite cependant d'être signalée et décrite. Mais de nombreuses recherches doivent encore être faites avant qu'elle soit au point et digne d'être considérée comme classique.

Discussion.

Un membre. — Je demanderai au Dr Dufourmentel ce que devient le morceau de cartilage qui est placé. Je me demande s'il n'y a pas une atrophie ? N'en a-t-il pas observé une ?

M. le Dr Dufourmentel. — La question qui vient d'être soulevée l'est à très juste raison et je remercie celui de mes auditeurs qui a bien voulu penser à ce point, car il est de toute première importance.

Que devient le cartilage ? Il m'est arrivé d'en retirer qui avaient été inclus avant que je puisse moi-même en mettre ! J'ai eu le cas de cartilages inclus par Morestin quand j'étais son interne, en 1910 ou 1911, et que j'ai eu à enlever il y a trois ans, par conséquent après dix-sept ans. Ils n'avaient pas varié du tout. J'estime donc qu'un cartilage qui est bien placé, qui n'a pas à lutter contre l'infection, qui ne cherche pas à s'éliminer, est un cartilage qui vit très bien. Il a cette particularité de ne pas

avoir besoin de vaisseaux pour se nourrir ; il vit en parasite, par endosmose aux dépens de la circulation ambiante. Transplanté, il se trouve dans d'aussi bonnes conditions. Dans les parties de la face refaites par moi pendant la guerre, que je revois, elles ne se sont pas atrophiées. Ce matin, ceux qui sont venus à Lariboisière ont pu voir un blessé de guerre dont le nez fut refait en 1916 ; son nez ne s'est nullement affaissé, sauf la pointe où j'avais mis une partie métallique. Celle-ci fut supportée pendant sept ou huit ans, mais finit par s'éliminer. Au contraire, le cartilage a fait encore ici ses preuves et on peut considérer qu'il n'a pas de tendance à s'atrophier.

M. le Président.— Je remercie le Dr Dufourmentel de cette belle leçon. Je le remercie au nom de la Société d'Odontologie, de la Semaine Odontologique et en mon nom personnel, car, en répondant à mon invitation, il n'a pas oublié toute l'amitié qui nous unit depuis une vingtaine d'années.

J'ajoute que sa modestie lui a inspiré quelques réserves au point de vue de la technique opératoire ; il nous l'a présentée plutôt comme des suggestions et propositions que comme des réalités chirurgicales.

Il m'est permis, à moi qui le vois à l'œuvre journellement, de vous dire qu'en tout cas il n'est rien qu'il nous énonce sans l'avoir personnellement étudié, non seulement étudié, mais réalisé; je n'en prends pas seulement comme témoignage mes souvenirs personnels, mais ses publications, et en particulier, le livre qu'il vient de faire paraître sur la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, qui est un ouvrage remarquable non seulement au point de vue de la technique exposée, au point de vue des considérations cliniques qui y sont exposées, mais aussi, et surtout, par l'apport constant d'observations exactes, sincères, précises, rigoureuses à l'appui de tout ce qui est présenté au point de vue technique chirurgical.

QUATRE CANINES INCLUSES CHEZ LE MÊME MALADE

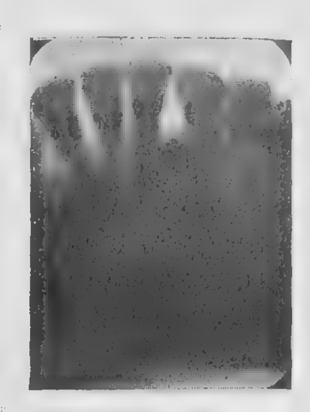
Par Ch. et A. Debray.

(*Communication à la Semaine odontologique, avril* 1929)

616.314 007.13

Les radiographies que nous allons vous faire passer appartiennent au même sujet. C'est un homme de 38 ans, docteur en médecine, que nous avons examiné pour la première fois il y a un an, il venait nous demander conseil au sujet de la chute d'une dent qui était tombée toute seule et dépourvue de racine.







Nous examinâmes donc la bouche de ce patient et constatâmes au maxillaire supérieur, côté gauche, l'absence de la canine ; du côté droit, la persistance de la canine de lait. Après quelques explications, nous étions donc en face d'un homme qui venait de perdre sa canine de lait et cela à l'âge de 38 ans.

Nous continuâmes l'inspection de cette bouche et constatâmes

au maxillaire inférieur la présence des deux canines de lait. Pas d'autre anomalie dentaire à signaler.

Nous engageâmes donc ce patient à se faire radiographier et l'adressâmes au service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris.

En examinant les radiographies que nous allons vous faire passer, vous pourrez constater la présence des quatre canines permanentes incluses dans les maxillaires.

Pour le cas intéressant le maxillaire supérieur, à signaler une échancrure à la place de la pointe de la canine ; cette anomalie existe sur les deux canines supérieures.

Pour le maxillaire inférieur, la radiographie est encore plus intéressante, car on voit très nettement les deux canines en direction oblique vers la symphyse, les couronnes sont au-dessus des apophyses géni et les racines logées dans l'épaisseur de l'os et dirigées vers le bord inférieur du corps du maxillaire, donc obliques en bas et en dehors.

Inutile de vous décrire la stupéfaction du patient quand il a pu par lui-même constater pareille anomalie.

Nous avons aussi prévenu des accidents possibles dans un avenir plus ou moins lointain, surtout pour le maxillaire inférieur, car vous avez pu constater la résorption des procès alvéolaires du massif incisif.

FOYERS PÉRI-APICAUX. TRAITEMENT CHIRURGICAL. QUELQUES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Par Mlle Dupuis
Démonstrateur à l'E. D. P.

(*Communication à la Semaine Odontologique,* 11 *avril* 1929).

616.314.16.5

Je voudrais vous dire quelques mots au sujet de différentes petites interventions chirurgicales que j'ai eu l'occasion de pratiquer au dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris, à propos de dents infectées.

Il s'agit de cas dont les lésions importantes dans la région apicale donnaient lieu soit à des abcès alvéolaires chroniques, soit à des tumeurs radiculaires, telles que les granulomes.

La guérison n'ayant pas été obtenue par les procédés thérapeutiques limités aux canaux et essayés préalablement, j'ai donc été amenée à intervenir en des régions plus profondes, directement au niveau du foyer infectieux en pratiquant le curettage apical, accompagné ou non de la résection de l'apex suivant les cas.

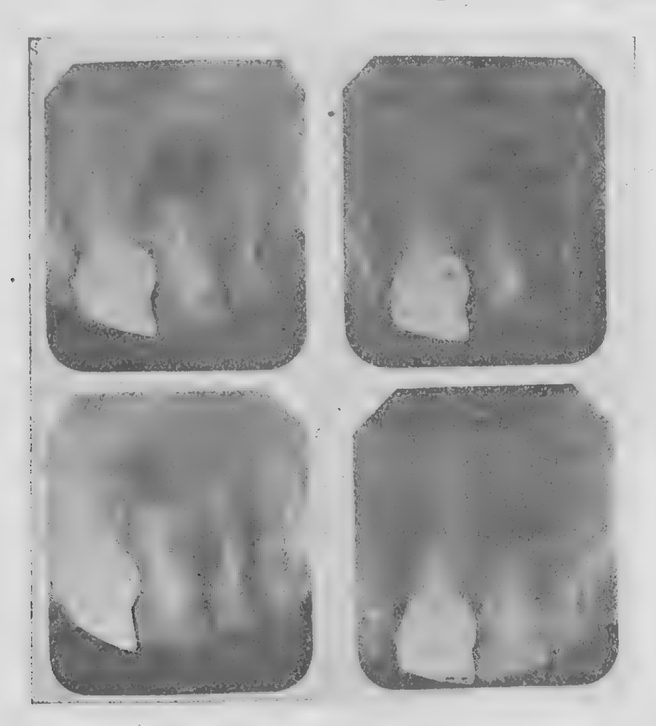


Fig. 1. Incisive latérale supérieure. Tumeur appendiculaire. Nécrose très nette de l'extrémité apicale. 1° Avant l'opération ; 2° Quelques jours après ; 3° Trois mois après ; 4° Un an après.

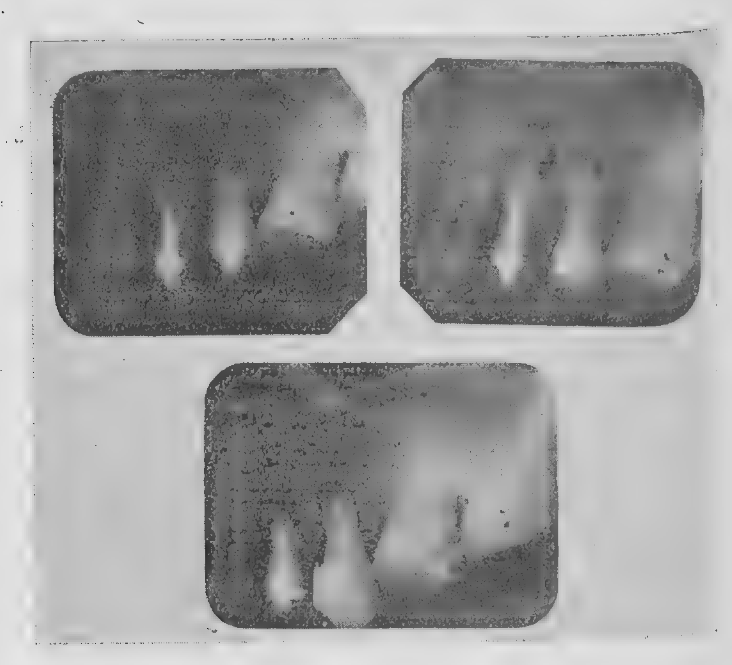


Fig. 2.

Abcès alvéolaire avec fistules des deux incisives centrales.

Aspect très rugueux avec lésions osseuses assez prononcées. Curettage des cavités, résection des apex :

1° Avant l'opération ; 2° Dix jours plus tard ; 3° Six mois après.

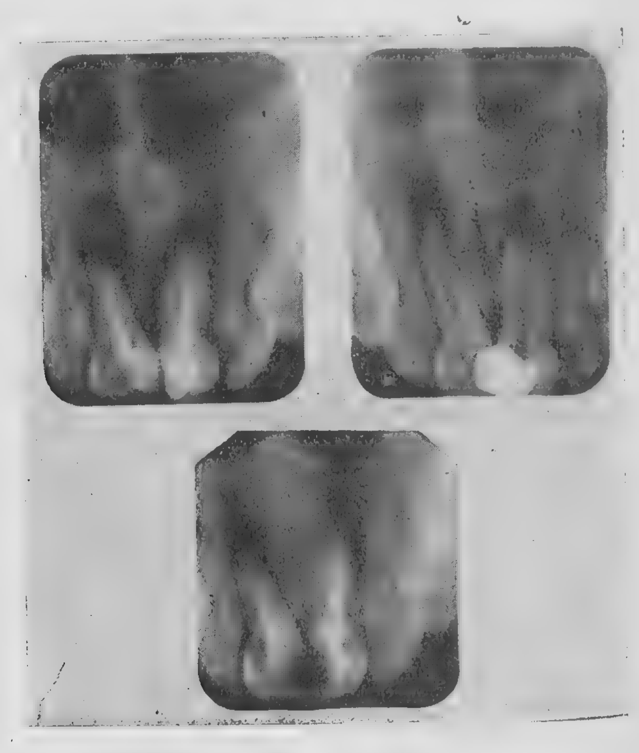


Fig. 3.

Kyste suppuré de l'incisive centrale supérieure. Les lésions radiculaires étant assez importantes (nécrose de l'apex, j'ai dû avoir recours à la réaction apicale.

I. Avant l'opération ; II. Dix jours après ; III. Dix mois après.

L'opération consiste à ouvrir par la voie vestibulaire le foyer péri-apical, en ayant soin de faire suivre cette intervention de l'obturation du canal de la dent malade.

Je n'ai pas lieu aujourd'hui d'en décrire la technique. Je m'en suis toujours scrupuleusement rapportée pour cela à mon maître, M. le Dr Roy, qui en a fait un si brillant exposé dans un article qu'il publia, il y a quelques années, dans l'*Odontologie*.

Je voudrais simplement vous montrer quelques clichés radiographiques pris à différents stades sur un certain nombre de malades, opérés dans les conditions ci-dessus.

Le résultat de vos observations suffira, je pense, à vous convaincre de l'intérêt de l'intervention.

Je pourrais vous montrer d'autres clichés non moins intéressants que ceux que vous venez de voir, mais malheureusement les malades ne sont pas revenus pour une dernière radiographie. Ils se sont trouvés guéris et je n'ai pu obtenir d'eux qu'ils viennent se représenter à nous.

Ces cas offrent de l'intérêt parce qu'ils permettent de se rendre compte approximativement de la durée totale de la réparation osseuse.

REVUE DES REVUES

ÉTUDE SUR L'ÉTIOLOGIE DES INFECTIONS DES CANAUX RADICULAIRES, LA NATURE DES AGENTS EFFICIENTS ET LEUR ACTION A L'ÉGARD DE LA LOCALISATION ÉLECTIVE CHEZ LES LAPINS.

Par G. RICKERT, J. LYONS et P. HADLEY, d'ANN HARBOR.

Quelque opinion qu'on ait sur la survenance des infections radiculaires et périapicales, une hypothèse domine : dans un cas donné les microbes causant les unes provoquent aussi les autres et le processus infectieux est continu et progressif dans un sens ou dans l'autre.

L'hypothèse semble logique, mais, vraie ou fausse, en parcourant la littérature sur ce sujet on constate qu'on s'est presque toujours efforcé de mieux connaître les agents bactériens intéressés et le processus de l'infection en employant des méthodes de culture de nature à révéler la flore microbienne des tissus périapicaux plutôt que des canaux pulpaires. La technique la plus commune a été d'extraire la dent avec les précautions aseptiques convenables, puis de nettoyer la zone apicale. On a rarement employé un moyen plus laborieux, mais sans doute plus sûr : l'examen bactériologique, ou avec des préparations teintées, du contenu des canaux radiculaires.

Avec un chercheur habile et expérimenté, il se peut qu'une dent soit extraite et cultivée de manière à éviter la contamination de la zone apicale ou des fragments de tissu voisins par les micro-organismes buccaux ; mais il est douteux que cette méthode ait réussi à tous les chercheurs qui ont écrit sur la nature et l'étiologie des infections périapicales.

Une question se pose donc : dans quelle mesure les résultats bactériologiques, obtenus en cultivant le contenu des canaux radiculaires après stérilisation complète de l'apex peuvent-ils se comparer avec les résultats obtenus par la culture directe du tissu périapical infecté, signalés dans des articles récents ? C'est là le premier problème dont nous nous sommes occupés l'an passé et que nous traitons ici. C'est la suite des études antérieures sur le même sujet, mais avec l'emploi de nouvelles méthodes tendant à aborder l'aspect purement bactériologique de la question.

De plus, nous avons essayé, en employant la méthode biologique et sérologique de scruter plus attentivement les types d'organismes présents et de les rapprocher autant que possible, d'après les nouvelles méthodes de classification, des streptocoques de la bouche, de la gorge ou de l'intestin et d'avoir une vue plus claire de l'origine des infections, qu'elles soient exogènes ou hématogènes. Enfin, nous nous sommes efforcés de

vérifier si les microbes isolés de pulpes infectées ou d'individus présentant des manifestations d'infections streptococciques localisées ou autres possèdent le pouvoir de produire des lésions électives localisées quand ils sont injectés à des lapins. Quoique les cas que nous relatons ici soient peu nombreux, nous pensons qu'ils revêtent une importance qui croîtra par la suite avec de nouveaux cas.

INFECTION DES DENTS SANS PULPE ET DES DENTS VIVANTES A PULPE DÉGÉNÉRÉE.

Méthode de culture des dents. — Pour cultiver des dents extraites nous avons procédé ainsi : la couronne de la dent était fermement tenue avec des pinces stérilisées et la racine nettoyée avec de la teinture d'iode qu'on laissait deux ou trois minutes, puis qu'on enlevait avec de l'alcool en passant la dent rapidement à la flamme. Une fois bien sec l'apex était coupé avec des ciseaux à os stérilisés dans un récipient de verre également stérilisé. On enfonçait alors un tire-nerf stérilisé dans le canal radiculaire, on en retirait la matière qu'il contenait pour la placer dans un milieu de culture (bouillon de cervelle de veau p H 7. 6, additionné de 0,2 % de glucose stérile). L'apex écrasé de la dent était enlevé du verre avec un davier stérile et porté dans le milieu de culture. Si le canal radiculaire était tellement rempli qu'un tire-nerf ne pouvait y pénétrer, l'apex seul servait à la culture.

Pourcentage des pulpes infectées. — Sur 74 dents sans pulpe ainsi cultivées, 43 ou 58 % donnèrent des cultures positives, et 31 ou 42 % des cultures négatives. La plupart de ces dernières furent alors soumises à différents moyens de développement, tels que l'addition de liquide ascitique ou de sérum de lapin stérile ou la réduction de la tension de l'oxygène par l'acide pyrogallique de Buchner. Dans aucun cas il n'y eut croissance même après incubation pendant trois ou quatre semaines. Quelques-unes de ces dents avaient incontestablement une infection du tissu périapical que notre procédé de culture ne nous permit pas de découvrir. Nous sommes d'avis, en nous basant sur d'autres moyens d'étude, que, dans ces cas, les canaux ne contenaient pas d'organismes.

Sur les 43 dents à culture positive, 19 avaient des canaux inobturés, 9 des canaux mal obturés et 5 des canaux bien obturés. Pour 10 nous n'avons pas de renseignements. Sur les 31 dents négatives, 6 avaient des canaux inobturés, 9 des canaux mal obturés, 7 des canaux bien obturés et sur 9 nous n'avons pas de renseignements. Le nombre et le pourcentage dans chaque groupe sont indiqués tableau I.

TABLEAU I. — POURCENTAGE DE DENTS SANS PULPE, POSITIVES ET NÉGATIVES PAR RAPPORT A L'ÉTAT DE LA CHAMBRE PULPAIRE.

	TOTAL	NOMBRE D'OBTURATIONS	MAUVAISES OBTURATIONS	BONNES OBTURATIONS	ÉTAT INCONNU
Nombre de dents à culture positive.	43 58 ...	19 67	9 50	5 41	10 53
Nombre de dents à culture négative.	31 42 ...	6 24	9 0 50	7 59	9 47

Pourcentage des dents vivantes infectées. — Sur 17 dents vivantes à pulpe atrophiée ou dégénérée, 10 ou 50 % donnèrent des cultures positives et 7 ou 41 % furent négatives.

Types d'organismes présents. — Sur 43 dents sans pulpe donnant des cultures positives, 30 fournirent des cultures pures de streptocoques ; 3, des cultures de streptocoques et de staphylocoques avec un diphtéroïde. Sur les 10 restantes, 2 donnèrent des cultures pures de staphylocoque *albus* produisant de l'hémolyse sur de l'agar de sang, 1 donna du staphylocoque *albus* n'hémolysant pas le sang, 2 donnèrent des cultures pures de bactérie *mucosa capsulata* (bacille de Frïedländer ou bacille de la pneumonie), et 5 des cultures pures de bâtonnets non identifiés, dont 3 du type diphtéroïde et peuvent avoir été une forme pléomorphique du streptocoque.

26 colonies de streptocoques provenant de pulpes mortes et 5 de pulpes vivantes furent étudiées et groupées suivant la classification d'Andrewes et Horder, basée sur la fermentation de la lactose, de la raffinose, de l'inuline, de la salicine et de la mannite. Tous les essais furent faits avec un bouillon de bœuf exempt de sucre additionné de 1 % d'hydrate de carbone stérile et de 1 % de l'indicateur d'Andrade ; deux gouttes de liquide ascitique furent également ajoutées pour assurer la croissance. Sur ces 31 chaînettes, 30 étaient du type viridans et une du type hémolytique de streptocoque. Cette dernière crût en forme diplococcique ou de chaînettes courtes de quatre ou six éléments et fermenta la lactose, la salicine, la mannite, ce qui correspond aux caractéristiques morphologiques et fermentatives du staphylocoque *fecalis*, quoique différant de lui quant à son pouvoir hémolytique. Le *S. pyogènes*, type central des S. hémolytiques, diffère de cette forme non seulement en

pouvoir fermentatif, mais aussi dans la longueur de la chaîne. Nous sommes portés à croire que ce diplocoque hémolytique, fermentant la mannite, est une variante du *S. fecalis*, plutôt que du *S. pyogène*, mais tant que nous n'aurons pas fait d'autres essais, quant à la résistance à la chaleur, par exemple, nous le rangerons sous la rubrique *S. hémolytique*.

Sur les 30 colonies de viridans, 15 ou 50 % étaient des *S. fecalis*, 10 ou 33 % des *S. salivarius* et 5 ou 17 % des *S. mitis*. Le rapport entre ces types et la maladie constatée chez les patients est indiqué dans le tableau suivant.

Tableau II. — Rapport entre le type d'organisme présent dans des dents sans pulpe et vivantes infectées et le type de maladie constaté chez le patient.

Type de culture	Dents sans pulpe	Dents vivantes à pulpe dégénérée	Symptomes associés (nombre de fois)				
			Rhumatismal	Gastro intestinal	Cardiaque	Néphritique	Irilique
S. fecalis.	15	0	6	1	0	0	0
S. salivarius.	7	3	3	0	3	1	1
S. mitis.	3	2	2	0	0	1	0
S. hemolyticus.	1	0	1	0	0	0	0
Staphylococcus.	5	1	3	1	1	0	1
Pneumobacille.	2	0	0	2	0	0	0
Formes de bâtonnets non identifiés.	8	0	4	0	2	0	0

Toutes les cultures mentionnées dans ce tableau furent obtenues par la méthode décrite et donnent les résultats de 41 dents de 32 cas.

Ce tableau montre que sur tous les types de S. trouvés, le S. fecalis était le plus fréquent dans les dents sans pulpe. Ces résultats concordent avec ceux de Kritchewsky qui cultiva aussi la chambre pulpaire — avec une technique légèrement différente toutefois — et avec ceux de Prince, qui n'indique pas sa méthode. Ils diffèrent des résultats de beaucoup de chercheurs, qui, comme Broderik et Fraser, donnent des résultats de la culture de tissus périapicaux. Dans la plupart des cas, c'est le *S. salivarius* qu'on rencontre le plus fréquemment. Dans nos cas, le *S. salivarius* occupe le deuxième rang et le *S. mitis* le troisième. Tandis que le *S. salivarius* et le *S. mitis* se rencontraient dans des dents vivantes à pulpe dégénérée, nous n'avons pas trouvé de *S. fecalis* dans ces cas.

Nos résultats ne permettent pas de considérer le *S. fecalis* comme l'agent infectant principal dans les dents sans pulpe et nous n'essayerons pas d'en tirer des conclusions à longue portée, mais de leur examen superficiel on peut penser : 1° ou bien que les infections pulpaires en général ne

sont pas déterminées par la forme de streptocoques la plus commune dans les infections péri-apicales ; 2° ou bien que les nombreux cas d'infection périapicale dans lesquels le *S. salivarius* a été trouvé prédominant sont basés sur les contaminations fréquentes provenant du *S. salivarius* de la bouche lorsque la dent était extraite et la culture prise. Le *S. fecalis*, type d'infection prédominant, fait, de plus, songer à une origine hématogène, car c'est le type de streptocoque le plus souvent trouvé dans les intestins, mais rarement rencontré dans la bouche.

Cela fait songer aussi à la possibilité de mutations distinctes dans le type de streptocoque postérieur au moment de l'infection et consécutif aux changements progressifs du milieu survenant dans la chambre pulpaire.

Preuves expérimentales de la localisation élective des bactéries provenant des canaux pulpaires.

Dans la majorité des trente-deux cas relatifs au tableau II, l'historique fait défaut. Dans onze cas, l'historique était plus ou moins complet ; nous les résumons ci-après :

Cas I. — Femme de 45 ans, après une attaque de paralysie, perdait lentement la vue. Deux dents sur les trois qui nous furent envoyées donnèrent des cultures négatives. La troisième dent, dans le canal radiculaire de laquelle on n'avait jamais pénétré, était vivante, mais desséchée dans la partie bulbeuse et fit croître un staphylocoque hémolytique.

On injecta à un jeune lapin 3 cc. de ce dernier. Dix-huit heures après, la cornée de chaque œil était fortement enflammée et les vaisseaux sanguins de l'iris étaient grandement distendus. Vingt-huit heures après l'injection, les yeux laissaient échapper un pus blanc abondant et les pattes de devant du lapin étaient paralysées. Une heure plus tard, l'animal succomba. A l'autopsie immédiate, de petites lésions en gouttes de rosée couvraient le foie, les poumons étaient congestionnés, le thymus et les glandes mésentériques présentaient des hémorragies punctiformes. Les autres organes normaux. Malheureusement, le système nerveux ne fut pas examiné. Des cultures du pus de l'œil, du foie et des poumons donnèrent des proliférations du staphylocoque hémolytique, mais la culture du sang fut négative.

Il fut injecté à un deuxième lapin 3 cc. du staphylocoque hémolytique de l'œil du premier lapin et à un troisième, une injection de la culture du poumon. Le deuxième lapin ne fut pas incommodé, mais le troisième mourut pendant la nuit sans présenter à l'autopsie de manifestations de localisation définie.

La patiente avait eu toutes les dents enlevées, mais plusieurs mois plus tard n'avait pas d'amélioration dans son état.

Cas II. — Médecin, 36 ans, en entrant à l'hôpital, se plaignait principalement de douleurs dans les yeux, de maux de tête très forts ; paupières enflées et lacrymation excessive. Conjonctives enflammées avec œdème. Élévation de température avec fréquents frissons. On découvrit une

infection du sang par le *S. viridans*. Pas de foyers d'infection ailleurs que dans les dents. Une molaire vivante extraite n'avait pas de pulpe dégénérée. La culture donna une forte prolifération de *S. salivarius*.

Il fut injecté à un lapin 3 cc. de *S. salivarius* provenant de cette dent. En trente-six heures, paralysie partielle de la patte antérieure gauche augmentant de gravité. En quarante-huit heures, paralysie des deux pattes de devant, respiration très rapide et, si l'on dérangeait l'animal, il agitait la tête avec excitation et tombait sur son arrière. Il fut chloroformé dans cette phase. A l'autopsie, lésion générale de tous les organes avec congestion particulièrement grave des méninges. Le liquide spinal augmenta de quantité et devint très nuageux. Jointures du coude et du genou enflées et contenant une grande quantité de liquide nuageux et purulent. Des cultures du liquide spinal, de la moelle épinière, du cerveau, des méninges, du sang et des jointures donnèrent des proliférations de l'organisme injecté.

Nous ne pûmes obtenir de culture du *S.* trouvé d'abord dans le sang du patient, ce qui ne permit pas de comparer la colonie de la dent avec celle du sang. Nous pûmes cependant avoir du sang du patient pendant sa convalescence, après que la température fut redevenue normale. Quoiqu'il n'y eût pas d'organismes présents à ce moment, le sérum agglutina la colonie homologue de *S. salivarius* de la dent dans une solution au 1/200. Nos colonies types de stock de *S. salivarius* et de *S. mitis* ne furent pas affectées, tandis que notre *S. fecalis* type fut partiellement agglutiné dans une solution à 1/50. A la différence de la majorité des streptocoques isolés des dents, le présent organisme présentait chez le lapin des tendances neurotropiques marquées, comme Rosenow l'a montré, pour certaines colonies de *S. viridans*.

Cas III. — Homme de 39 ans (diagnostic de néphrite chronique avec haute pression sanguine et anémie secondaire) avait eu la bicuspide supérieure gauche extraite après séjour de trois semaines à l'hôpital. Une racine ne présentait pas de prolifération d'organismes en seize jours ; l'autre donna en dix-huit heures une abondante prolifération de *S. salivarius* et de *S. mitis* mélangés.

Inoculation animale. — 3 cc. de bouillon de culture primaire furent injectés à un lapin. Le dénombrement des cellules rouges du sang fut fait à des intervalles de dix-sept jours sans diminution notable. Deux semaines après l'injection, le lapin commença à prendre une position anormale avec le dos courbé, une semaine après sa patte droite de devant était paralysée. Il diminuait de poids continuellement, perdant 26 % en trente-deux jours. Il fut chloroformé et l'autopsie pratiquée trente-trois jours après l'injection. Tous les organes étaient normaux, sauf le rein droit qui présentait, à la face externe, une large lésion qui n'a pas encore été étudiée histologiquement. La jointure de la patte droite présentait une augmentation notable de liquide clair. Les autres jointures étaient normales. Les cultures du rein et du liquide de la jointure étaient négatives.

Un mois après l'extraction de la bicuspide, mort du sujet. L'autopsie confirma le diagnostic de néphrite chronique.

Cas IV. — Homme atteint d'arthrite. Les amygdales furent enlevées

quelque temps avant qu'il se présentât au traitement dentaire et il fut soulagé pour peu de temps. Puis l'état s'aggrava. Une dent fut enlevée et cultivée, donnant une prolifération de *S. fecalis*.

Inoculation animale. — 3 cc. 5 de bouillon de culture furent injectés à un lapin. Pendant deux semaines l'animal perdit du poids, mais ne présenta pas d'autres symptômes d'infection. Peu après, paralysie marquée des deux pattes de derrière. Au bout de six semaines, l'animal avait perdu 20 % de son poids primitif et avait une paralysie grave des pattes de derrière. Il fut alors chloroformé. A l'autopsie, les membranes synoviales des jointures des genoux présentaient de l'hémorragie et de l'œdème et les alvéoles contenaient en abondance du liquide jaune purulent. Les muscles de ces pattes étaient très enflammés. La seule lésion observée chez l'animal était un abcès de la glande axillaire gauche. Les cultures de cet abcès ainsi que des liquides des jointures étaient négatives.

Trois autres dents furent enlevées : l'une était négative, l'une donna une culture de *S. mitis*, la troisième présentait du *S. fecalis*, qui fut inoculé à un lapin. Pas de symptôme de paralysie si ce n'est cinq semaines après l'injection, où la patte de derrière droite était notablement atteinte. A l'autopsie, la jointure du genou droit avait la même enflure, le même état purulent que le premier lapin. Des frottis du liquide présentaient une grande augmentation des cellules exsudatives, et une culture donna une prolifération pure de *S. fecalis*. Le fémur et le tibia des surfaces articulaires présentaient un agrandissement du foramen avec une réduction de l'os.

Cas V. — Un médecin arthritique avait une dent sans pulpe extraite et cultivée. La racine mésiale présentait un mélange de streptocoque, de staphylocoque et de diphtéroïde. La racine distale donna une culture pure de *S. mitis*.

Inoculation animale. — 3 cc. de culture du *S. mitis* furent inoculés à un lapin. En vingt-quatre heures, paralysie de la patte antérieure gauche ; en trois jours, paralysie des deux pattes de devant ; le lendemain, les pattes de derrière étaient atteintes et l'animal ne put être tiré de sa position à plat ventre. Au bout de sept jours, il fut chloroformé et l'autopsie eut lieu : congestion extrême des poumons, mais tous les autres organes normaux. Jointures des genoux et du coude gauche très enflées, membranes synoviales et muscles environnants spongieux avec abondance de liquide épais, jaune, purulent entourant la jointure. Des cultures des liquides des jointures donnèrent des proliférations pures de *S. mitis*. Les extrémités inférieures des fémurs le long de la portion centrale de la ligne épiphyséale et les extrémités supérieures des tibias présentaient une résorption et une raréfaction marquée de la substance osseuse.

Cas VI. — Une infirmière avec arthrite aiguë exsudative des mains eut la première attaque tout à fait subitement après extraction d'une dent. Les jointures des deux mains enflèrent fortement, ainsi qu'un pied, à un degré moindre, de sorte qu'elle souffrait et était incapable de travailler. Deux cultures du sang furent négatives. La patiente était dans cet état depuis un mois environ, quand une autre dent sans pulpe fut extraite et fit l'objet de culture. Un canal radiculaire bien obturé ne donna pas de pro-

lifération, tandis que l'autre racine, dont le canal n'était pas obturé, donna une abondante prolifération de streptocoques hémolytiques. C'est la culture mentionnée au début de ce travail comme ayant donné les caractéristiques fermentatives du *S. fecalis*, mais elle était fortement hémolytique.

Inoculation animale. — Il fut inoculé 3 cc. et 1 cc. 5 à deux lapins respectivement de la culture primaire dans du bouillon. Le premier fut trouvé mort le lendemain matin et, à l'autopsie, présenta une congestion extrême des poumons, une hémorragie de tous les muscles et de la congestion des membranes synoviales. Les jointures semblaient normales, sans augmentation du liquide. Le second animal n'éprouva pas d'effets fâcheux et se porta bien pendant un mois.

Le lendemain de l'extraction de la dent présentant le streptocoque hémolytique, la patiente se sentit notablement mieux et l'état de ses doigts s'améliora. Cinq jours après, amygdalotomie : après cette opération, l'enflure de la jointure disparaît rapidement et le sujet se rétablit, un échantillon de sang agglutina le streptocoque de la dent dans une dilution au 1/50. Sur quatre colonies de *S. viridans*, une seulement fut agglutinée ; le *S. fecalis*, montrant une agglutination partielle à la même dilution du sérum. Il semble probable que l'intervention chirurgicale fut la cause immédiate d'une infection entraînant des symptômes arthritiques et de l'infection secondaire de l'amygdale.

Cas VII. — Etudiant de 21 ans, atteint d'un rhumatisme musculaire et articulaire de la hanche et de la jambe droites, dont les amygdales avaient été enlevées quinze jours avant qu'il se fit soigner les dents, mais sans symptôme d'amélioration. La chambre pulpaire d'une dent sans pulpe, dont le canal n'avait pas été touché, fut exposée avec une technique aseptique et l'exsudat fut recueilli sur une pointe de coton et cultivé : il donna une prolifération pure de *S. fecalis*.

Inoculation animale. — 3 cc. de la culture primitive furent injectés à un lapin. L'animal perdit notablement de son poids et, trois semaines après, eut une patte de derrière paralysée. A l'autopsie, le genou droit était fortement enflé avec un aspect spongieux de la membrane synoviale et des muscles environnants et une grande quantité de liquide jaune purulent. Un frottis présenta une augmentation notable des cellules d'exsudat, mais la culture du liquide fut négative. A l'extrémité inférieure du fémur, sur les côtés des condyles et le long de l'épiphyse et à l'extrémité supérieure du tibia entourant les faces articulaires, il y avait un dépôt de sels de chaux. L'état de cette jointure différait beaucoup de celui des jointures des cas précédents.

La dent qui donna cette culture fut traitée plusieurs semaines, puis obturée. Le patient déclara peu après que ses douleurs de hanche et de jambe avaient presque complètement disparu.

Cas VIII. — Etudiante de 30 ans atteinte depuis quatre semaines d'un rhumatisme musculaire et articulaire du cou, des muscles intercostaux et d'une épaule. Son médecin, qui n'en avait pas découvert la cause, prescrivit finalement des sédatifs et lui conseilla de consulter un dentiste. Celui-ci

trouva six dents sans pulpe et une incisive supérieure avec une grande aurification qui répondit faiblement à l'essai, mais ne donna pas d'image radiographique positive.

Il ne fit pas d'extraction, mais pénétra dans le canal de l'incisive supérieure avec une technique strictement aseptique. La pulpe était dégénérée, mais encore sensible dans son tiers supérieur. La matière fut enlevée à l'aide d'une broche stérile et cultivée. On obtint ainsi une culture pure d'un streptocoque vert producteur qui ne fit fermenter que la lactose des cinq sucres mentionnés préalablement. Cet organisme était sans doute une variante du *S. mitis* qui fait fermenter la lactose et la salicine.

Inoculation animale. — Un lapin fut inoculé avec 3 cc. de la culture primitive. Pendant cinq jours l'animal parut normal. Le sixième jour, commencement de paralysie de la patte de devant, l'animal ne s'appuyant pas dessus. Quelques jours après, le coude et les jointures du poignet de cette patte étaient enflés. L'animal resta en observation plusieurs semaines, pendant lesquelles il n'apparut pas d'autres symptômes, quoique la paralysie de cette patte continuât. A l'autopsie, au bout de sept semaines, il ne fut constaté qu'une augmentation du liquide nuageux des jointures du coude gauche avec inflammation des muscles de l'avant de la patte. Un frottis de ce liquide présenta une augmentation des éosinophiles, des lymphocites et des cellules endothéliales. Une culture de ce liquide fut négative.

Après culture du contenu du canal de cette incisive, un fort antiseptique y fut scellé. Vingt-quatre heures plus tard, la patiente déclara que son rhumatisme avait totalement disparu, en lui donnant pour la première fois du soulagement depuis trois mois. Le traitement de la dent fut continué plusieurs jours et le canal fut obturé définitivement. Quatre mois plus tard, la patiente n'avait pas eu de récidive quoiqu'elle conservât sept dents sans pulpe.

Cas IX. — Un banquier de 50 ans avait eu une attaque cardiaque aiguë lors du traitement d'une dent. Pas de troubles du cœur auparavant, mais seulement trois graves attaques de lumbago. Cœur légèrement agrandi. Une dent fut extraite et cultivée. Le canal était bouché au centre, les côtés aplatis étaient ouverts. Une culture donna une colonie pure de *S. salivarius.*

Inoculation animale. — 3 cc. de bouillon de culture furent injectés à un lapin, qui perdit 1/8e de son poids en deux jours, lequel demeura constant ensuite et l'animal sembla bien portant. Mort subite vingt jours après l'injection sans symptômes morbides préalables. L'autopsie plusieurs heures après la mort révéla la congestion du poumon, congestion passive aiguë du foie, excès de liquides clairs sanguins du péritoine et de la plèvre et une tumeur volumineuse, caséeuse, jaunâtre, oblitérant complètement le ventricule droit. Ventricule et oreillette gauches normaux. Des frottis et des cultures directs de cette tumeur présentèrent de nombreux streptocoques ; pas de micro-organismes. Des coupes du tissu tumoral présentèrent de grandes masses de leucocytes mono-nucléaires, parmi lesquelles on put découvrir de petites colonies de diplocoques.

Un bouillon de culture du streptocoque de la tumeur fut injecté à un deuxième lapin. L'animal sembla bien jusqu'au dixième jour ; à ce moment, raideur de la patte de derrière gauche qui augmenta jusqu'à empêcher l'usage du membre. Le lapin fut chloroformé cinq semaines après l'injection. La jointure du genou gauche était très enflée, contenait un liquide gris et floconneux abondant, les muscles l'entourant étaient spongieux. Toutes les autres jointures normales. Le muscle du biceps de la patte droite contenait plusieurs petites zones hémorragiques. Poumons fortement congestionnés et œdémateux, mais tous les autres organes normaux, y compris le cœur, qui ne présentait pas de lésions ni de végétations. Des frottis directs du liquide de la jointure révélèrent une augmentation marquée de cellules exsudatives, surtout éosinophiles. Cultures du sang, du liquide de la jointure et des poumons négatives.

Le patient se porta beaucoup mieux après extraction de la dent.

Cas X. — Homme, 30 ans, avec symptômes d'ulcère gastroduodénal, éprouvait une vive douleur dans la région épigastrique. La radiographie montra des ombres autour des première et deuxième parties du duodénum. Le patient avait trois dents sans pulpe qui furent extraites à l'intervalle d'une semaine.

Une bicuspide supérieure gauche fut d'abord enlevée pour éviter le plus possible une contamination par les gencives. Une culture de l'extérieur de l'apex avant stérilisation de la surface donna une abondante prolifération avec production gazeuse de deux organismes, un streptocoque positif au gram et un coccobacille négatif au gram. Une culture du tampon de coton trouvé dans la chambre pulpaire, après stérilisation de l'extérieur de la dent suivant la méthode classique, donna une colonie pure, avec forte production gazeuse du coccobacille négatif au gram. Cet organisme fut identifié plus tard par des méthodes de culture comme *B. mucosum capsulatum* (*B. de la pneumonie*).

Inoculation animale. — 3 cc. des bouillons de culture primaires furent injectés à deux jeunes lapins entre les veines, l'un recevant le streptocoque et le *B. mucosum capsulatum* provenant de l'extérieur de l'apex de la dent, et l'autre la culture pure de ce dernier bacille provenant de la chambre pulpaire. Les deux animaux succombèrent pendant la nuit. L'autopsie le lendemain matin montra chez chaque animal des poumons fortement congestionnés, une congestion et une inflammation marquées du mésentère, de la région du pylore et du duodénum. Des coupes du tissu du pylore firent voir une désagrégation complète du revêtement épithélial, le tissu fibreux restant seul, avec infiltration marquée de leucocytes. Des coupes du duodénum montrèrent aussi une nécrose marquée de la muqueuse.

1 cc. d'un bouillon de culture de dix-huit heures du *B. mucosum capsulatum* fut injecté à un troisième lapin. En cinq heures, l'animal sembla malade, avec respiration rapide et inflammation des prunelles des yeux. Il continua d'être malade pendant quarante-huit heures et fut alors chloroformé. L'orifice cardiaque de l'estomac présentait une congestion diffuse sans lésions ni ulcérations définies. Le pylore semblait normal, le duodénum légèrement congestionné. Les poumons et les autres organes sem-

blaient normaux. Une coupe du tissu du pylore montra une légère désagrégation de l'épithélium dans des zones limitées.

Un quatrième lapin reçut 2 cc. 5 d'une culture de quarante-huit heures de *B. mucosum capsulatum*, fut très malade pendant quatre jours et perdit dans ce délai 14 % de son poids. Le quatrième jour, chloroforme et autopsie. Poumons d'un rouge vif, cavité pleurale remplie d'un liquide pleural sanguinolent, estomac congestionné à l'extrémité du pylore, duodénum fortement enflammé, mais sans ulcérations définies. Tous les autres organes semblaient normaux, ainsi que les jointures. Des cultures de l'exsudat pleural, des poumons, de l'estomac au pylore et du duodénum donnèrent des colonies de l'organisme injecté. Sang du cœur négatif.

Un cinquième lapin reçut une injection de 5 cc. d'un filtré stérile d'un bouillon de culture de quatre jours de *B. mucosum capsulatum*. Pas de symptômes de maladie et gain constant de poids.

Pour confirmer la classification de ce bacille (pneumobacille de Friedlander), l'effet d'injections intrapleurales de rats blancs fut noté. Après avoir passé par deux animaux, l'organisme acquit une telle virulence que 1 cc. de bouillon de culture injecté dans la plèvre tua un rat en vingt-quatre heures, les poumons et le liquide pleural présentant l'état typique congestif et œdémateux caractéristique de l'infection par ce bacille chez les rats.

Une semaine et trois semaines après l'enlèvement de la première dent sans pulpe, une molaire et une incisive latérale dépourvues de pulpe furent extraites. Toutes deux donnèrent des cultures de *S. salivarius* provenant de l'extérieur de l'apex, mais il est douteux que cet organisme existât réellement dans les tissus entourant l'apex de la dent ou qu'il eût été recueilli dans la bouche pendant l'extraction. Les canaux de ces dents furent obturés à la gutta et, après les précautions d'usage pour stériliser la dent avant de pénétrer dans les canaux, les cultures de l'intérieur furent trouvées négatives.

Pas d'amélioration dans l'état du patient pendant les trois mois suivant l'extraction des trois dents, de sorte qu'une gastro-entérostomie fut pratiquée. Absence d'adhérences et d'ulcères dans la paroi stomacale et dans le duodénum à ce moment. Un mois plus tard, guérison.

Cas XI. — Professeur, 35 ans, se plaignant de faiblesse, de douleurs dans la poitrine côté gauche, parfois de nausées et de syncopes. Cœur et poumons en bon état. Deux mois auparavant, infection grave du sinus gauche.

Une bicuspide supérieure gauche fut enlevée et cultivée et donna une culture pure de coccobacille négatif au gram, produisant du gaz, reconnue plus tard être le *B. mucosum capsulatum.*

Inoculation animale. — Deux lapins reçurent une injection intra-veineuse, l'un de 4 cc., l'autre de 2 cc. du bouillon de culture primitif. Tous deux moururent pendant la nuit.

Autopsie : congestion marquée des poumons avec augmentation du liquide pleural, petites ulcérations localisées près de l'orifice cardiaque de l'estomac, grave inflammation du duodénum avec très petits points d'hé-

morragie. Les autres organes et les jointures normaux. Des cultures des ulcères de l'estomac donnèrent des colonies de *B. mucosum capsulatum.*

Des coupes de tissus de la région cardiaque révélèrent une nécrose de la muqueuse dans une zone localisée, avec une dense infiltration de leucocytes dans le tissu environnant. Dans le duodénum, nécrose plus complète, plus générale des glandes, laissant une base de tissu fibreux dense.

Deux semaines plus tard, extraction d'une molaire gauche. La chambre pulpaire donna une culture pure de *S. fecalis.*

Inoculation animale. — Un lapin reçut une injection intra-veineuse du bouillon de culture primaire de *S. fecalis*, un autre de 1 cc. d'une culture secondaire. Le premier mourut pendant la nuit ; l'autopsie montra plusieurs points d'hémorragie entourés d'ulcérations blanches, élevées, dans la région de la plus grande courbure de l'estomac. Pas de lésions dans les autres organes ou jointures. Des cultures du sang donnèrent une colonie de *S. fecalis*, mais les ulcères de l'estomac ne donnèrent pas de streptocoques. Le lapin injecté avec la dose la plus faible sembla normal pendant trois jours ; au bout de ce temps, l'autopsie révéla des poumons fortement congestionnés, mais d'autres organes, y compris l'estomac, étaient normaux.

Tant que le rapport de laboratoire ne fut pas remis au patient, il ne fut pas procédé à l'examen de l'estomac, un trouble gastroduodénal n'ayant pas été soupçonné. Des radiographies furent prises, mais un diagnostic définitif d'ulcère de l'estomac n'avait pas encore été porté lors de la rédaction de la communication. Le patient a été soumis à un régime par le médecin traitant, mais il n'a pas encore été constaté d'amélioration.

Commentaire général.

La première chose qui attire notre attention, c'est le rapport entre les obturations et leur nature avec les infections pulpaires signalées dans le tableau I.

Sur 74 dents sans pulpe examinées bactériologiquement, 43 (58 %) présentaient une infection du canal radiculaire ; 25 n'avaient pas d'obturations, et sur celles-ci 19 (76 %) étaient infectées. 18 sur les 74, présentaient des portions de canal restées ouvertes ou des obturations incomplètes; sur ces 18, la moitié (50%) était infectée. 12 sur les 74 avaient des canaux bien obturés, et sur ces 12 on ne comptait que cinq infections (41 %). Sur les 19 dents qui ne firent pas l'objet d'un signalement quant à leur état par rapport à l'obturation, 10 (53 %) étaient infectées. En résumé : pas d'obturation, 76 % d'infection ; obturation incomplète, 50 % d'infection ; bonne obturation, 41 % d'infection.

Ces observations donnent un exemple frappant de l'effet de l'obturation sur l'infection des canaux radiculaires et, dans une certaine mesure l'effet d'une bonne obturation comparé à celui d'une obturation médiocre. Pour expliquer la forte proportion d'infection des canaux dans le groupe des obturations médiocres, on peut dire que les praticiens qui les avaient faites étaient également moins soigneux touchant les précau-

tions aseptiques en général et que la différence est due à ce fait plutôt qu'à une filtration ultérieure. Au point de vue pratique l'un serait sans doute aussi mauvais que l'autre.

Nous avons déjà signalé que le *S. fecalis* est le type le plus commun par opposition au *S. salivarius* trouvé par la majorité des chercheurs qui ont cultivé les tissus périapicaux plutôt que le contenu des canaux radiculaires. Nos résultats ne sont confirmés que par ceux de Kritchersky et de Price. Il semblerait donc que le genre de streptocoque le plus fréquemment observé dans les canaux radiculaires des dents sans pulpe n'est pas le même que celui qui est observé dans les infections périapicales. Ici le type le plus commun est le *S. salivarius*, tandis que dans la chambre pulpaire c'est le *S. fecalis*.

Ces résultats peuvent être considérés comme impliquant que les infections des canaux des dents sans pulpe ont leur origine hématogène dans l'intestin tandis que les infections périapicales ont leur origine exogène dans la bouche et la salive. Broderick en conclut que puisque la prépondérance de l'infection apicole est due en apparence au *S. salivarius*, ces cas doivent représenter des infections de la bouche. Par analogie nous pouvons soutenir que puisque nous constatons que la plupart des infections des canaux radiculaires présentent le *S. fecalis*, ces cas doivent représenter des infections hématogènes provenant de l'intestin. Aucun de ces faits ne semble bien probable et cela pour trois raisons :

1° Il semblerait que la plupart des infections pulpaires commencent par des caries de la couronne, qui naturellement intéressent le type commun dans la bouche, c'est-à-dire le *S. salivarius* plutôt que le type intestinal, le *S. fecalis* ou l'entérocoque ;

2° Nous avons vu que le *S. fecalis* se fait remarquer par son absence dans les dents vivantes avec pulpe dégénérée ; là on rencontre d'ordinaire le *S. salivarius* et le *S. mitis* ;

3° Il semble improbable que l'infection de la chambre pulpaire dans les dents sans pulpe et que l'infection des tissus périapicaux constituent des entités pathologiques distinctes.

Il est beaucoup plus probable qu'ils sont continus mutuellement dans le temps et dans l'espace et que l'un provoque l'autre. Comment se fait-il donc que le *S. fecalis* prédomine dans un cas et le *S. salivarius* et le *S. mitis* prédominent dans un autre ?

En examinant les travaux des dernières années, il semble qu'on a trop essayé de reconnaître et d'établir des types bien tranchés dans le groupe viridans des streptocoques de la bouche et des dents. On peut dire avec assurance qu'il n'a été établi aucune méthode de classification permettant de les grouper dans un ordre de relations ayant une importance biologique ou pratique. Chaque année, il devient manifestement plus net que le groupe viridans, au lieu de se composer d'espèces distinctes, pos-

sède des qualités immuables et constantes, nous présente une série de variantes impossibles à classifier convenablement en s'appuyant sur quelques réactions, si bien choisies soient-elles.

Un organisme est-il de bonne espèce ? Cela dépend entièrement des limites de ses variations possibles (ou mutations). Il est certain que nous sommes profondément ignorants des possibilités de variation ou de mutation d'un quelconque des ces trois ou quatre espèces de streptocoques dont le bactériologiste dentaire s'occupe principalement et pour lesquels on imagine incessamment de nouvelles classifications.

Sous ce jour, nous ne sommes pas portés à considérer que le *S. fecalis* est prédominant dans les dents sans pulpe et possède une importance autre que celle de suggérer que le microbe primaire et peut-être commun de l'infection dentaire (de la chambre pulpaire ou du tissu périapical), peut revêtir des formes variables dépendant de son entourage dans les tissus. C'est là la conclusion la plus logique de nos résultats et de ceux d'autres chercheurs. Cette conclusion est indirecte, il est vrai, de sorte que notre conclusion devient en réalité l'hypothèse sur laquelle une étude ultérieure doit être basée.

Un mot maintenant sur le résultat des expériences sur la localisation élective chez les lapins : on y constate un pourcentage notable de localisation. Ces résultats différaient quelque peu de ceux obtenus par l'un d'entre nous, dans lesquels on pouvait conclure que la localisation élective dans les infections streptococciques chez des lapins est plus rare que ne le soutiennent d'autres chercheurs. Le fort pourcentage de localisations dans la série actuelle est dû à certains changements de technique et à une poursuite moindre de la spécificité absolue. Ces modifications de technique ont trait : 1° à la dose de culture ; 2° à la période d'incubation avant l'autopsie ; 3° au choix de l'âge et du poids des lapins expérimentés ; 4° à l'état clinique du patient au moment où la culture fut prélevée.

Sur le premier point, il semble maintenant aussi dangereux de donner une dose trop forte qu'une dose trop faible pour la netteté de la localisation : la première masque l'effet de localisation en amenant des signes d'un type d'infection général et fortement étendu. La dose maxima recommandée par Rosenow n'a pas été absolument satisfaisante, mais nous obtenons des résultats avec une dose moyenne de 3 cc. pour un lapin de 1.500 à 2.000 gr. avec une injection intra-veineuse.

Nous reconnaissons aussi plus nettement que précédemment les avantages de lapins jeunes pour ces essais. Nos derniers résultats montrent invariablement les infections localisées les plus nettes chez des lapins ne dépassant pas quatre mois et pesant 1.500 à 2.000 gr. Nous avons employé presque exclusivement des animaux de cette catégorie dans nos dernières expériences. Des lapins plus âgés peuvent être accablés par une dose massive, mais ne donnent guère de signes d'un effet de localisation.

Tandis que dans les premières expériences les animaux étaient abattus, en moyenne, quelques jours après l'inoculation, dans les dernières nous avons attendu plusieurs semaines dans quelques cas. Nous avons souvent constaté que ce délai permet le développement de lésions de localisation ferme et définie qui n'auraient pu être découvertes dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures. Nos premiers rapports étaient basés sur une spécificité absolue. Les résultats précédents ont permis d'autres invasions d'organes de l'animal de laboratoire, sans invasion apparente correspondante chez le patient.

Il est manifeste que les trois types principaux, le *S. salivatrius*, le *S. mitis* et le *S. fecalis* donnèrent des localisations. Ce dernier donna le plus grand nombre de localisations jointes, dont la majorité était purulente et accompagnée d'une rigidité marquée de l'animal inoculé. La seule localisation produisant des manifestations iritiques était causée par un staphylocoque hémolytique provenant d'un patient présentant de l'infection oculaire. Le *S. salivarius* donna trois types de localisation : arthritique, néphritique et cardiaque. On peut conclure à une légère différence parmi ces organismes quant au pouvoir de localisation élective. Les localisations chez les lapins provenaient de toutes les classes d'infection : arthritique, néphritique, cardiaque, gastrique et iritique. Avec un si petit nombre de cas on ne peut pas dire qu'un type de localisation est plus fréquent qu'un autre.

Beaucoup d'expériences d'autres observateurs ainsi que de nous-mêmes sont dépourvues d'un contrôle suffisant quant au contrôle des inoculations aux lapins de cultures provenant, non par des dents des patients, mais de la salive, de la gorge ou des intestins d'individus normaux. Dans nos futures expériences nous appliquerons ce contrôle.

Le pouvoir localisant du *B. mucosum capsulatum* présente un grand intérêt. Cet organisme fut observé dans deux cas d'infection du canal radiculaire, les seuls que nous connaissions. Nous expliquons ainsi pour le cas 11 la succession des infections : une infection grave du sinus due au pneumobacille, traversa la zone du sinus et envahit les racines de la bicuspide supérieure gauche. Le maximum de l'infection radiculaire suivit la suppression de l'infection du sinus et nous permit d'obtenir le bacille de la dent intéressée. La conséquence inattendue de ces observations fut la localisation distincte du pneumobacille dans la muqueuse gastrique de deux lapins suivant les injections intra-veineuses. Nous sommes donc justifiés à dire que le bacille de Friëdländer est un agent de l'infection du canal radiculaire suivant l'infection du sinus et qu'il est capable de produire des lésions localisées dans la muqueuse gastrique des lapins infectés. Le phénomène de localisation élective dans les cultures provenant de dents ne peut donc en apparence être limité aux membres des groupes streptocoque et pneumocoque.

Une seconde dent du même patient donna une culture de *S. fecalis* qui, injectée à des lapins, donna des lésions analogues à des ulcères dans l'estomac et le duodénum. Nous ne cherchons pas pour le moment à l'expliquer.

Nous avons réussi à dissocier la culture Friëdländer en types S et R, avec des caractéristiques différentes de prolifération. Nous avons aussi un bactériophage, obtenu par M. P. Hadley de l'Ecole de médecine de l'Université de Michigan, capable de détruire rapidement cette culture. Jusqu'à présent son emploi n'a pas été employé dans le traitement du cas, dont le diagnostic est encore douteux. Cela suggère toutefois la possibilité d'employer le bactériophage dans le traitement d'infections reconnues causées par le *B. mucosum capsulatum*, le *B. Ozenæ*, le *B. rhinoscleromatis* ou autres membres du groupe capsulé.

Conclusion.

Nous croyons qu'en ce qui concerne l'étiologie, la collection et la classification de nombreuses cultures de lésions dans les dents infectées offrent par elles-mêmes peu d'importance ou d'avantage. Pour beaucoup de bactéries, la stabilité des caractéristiques du type, avec le changement du milieu, est rare et la règle est l'instabilité, la variation et la mutation. Les attributs pléomorphiques des streptocoques sont démontrés et la tentative de former des classifications n'est pas justifiée par l'expérience. Nous n'avons pas d'indication sûre pour classifier les membres de ce groupe, probablement parce que la *bonne espèce* de streptocoques n'est pas stable ou fixée, mais est toujours changeante.

Cette conception de l'instabilité du type streptocoque a de l'importance pour interpréter ce qu'on trouve dans les infections localisées et les foyers secondaires par rapport au foyer primaire, une dent ou une amygdale, par exemple. La simple présence du *S. fecalis* dans un canal radiculaire ne prouve peut-être pas que l'infection a été produite primitivement par une colonie de *S. fecalis*. Si nous trouvons le *S. mitis* dans un foyer d'infection éloigné chez le même individu on ne peut nécessairement affirmer que cet organisme n'a pas de rapport avec le canal pulpaire infecté par le fecalis. Quelques caractéristiques de la cellule sont plus stables, d'autres moins, mais l'organisme est le produit de la pression environnante associé aux dispositions innées de la cellule à l'adaptation et à la mutation.

Résumé.

Les principaux résultats de cette étude de l'étiologie des infections des canaux radiculaires recherchée à l'aide de cultures de la chambre pulpaire, ainsi que de l'étude des infections localisées chez des lapins causées par l'injection de cultures provenant des dents, sont les suivants :

1° Sur 74 dents sans pulpe, nous avons obtenu des infections positives dans 43, soit 58 % ;

2° Pour les dents inobturées le pourcentage d'infection était 76 ; pour les dents mal obturées 50 ; pour les dents bien obturées 40 ;

3° L'organisme prédominant trouvé dans le canal des dents sans pulpe était le *S. fecalis*. Il n'a pas été trouvé dans les dents à pulpe vivante ou dégénérée ;

4° Le second en fréquence était le *S. salivarius*, le troisième le *S. mitis*. D'autres ont été trouvés aussi.

5° Deux fois nous avons isolé des canaux radiculaires un organisme concordant, sur les points essentiels, avec le *B. mucosum-capsulatum*. Avec cette culture nous avons produit chez des lapins des lésions gastriques définies.

6° Dans plusieurs cas, sur onze rapportés, nous avons obtenu des lésions localisées distinctes chez des lapins auxquels avaient été injectées des cultures de canaux radiculaires.

Nous pensons que les streptocoques auxquels sont dues principalement les infections des canaux radiculaires et périapicales des dents sont du même type, particulièrement instable, sans doute les *S. fecalis, mitis* ou *salivarius* et que l'adoption de cette hypothèse facilitera de nouvelles recherches dans cet ordre d'idées. V. M.

(*J. of the Am. Dent. Ass.*, septembre 1926).

LES BACILLES DU GROUPE SUBTILIS DANS LA BOUCHE ET LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE

Par le Dr AMÉDÉO PERNA (de Rome).

L'auteur termine l'étude de cette question par les conclusions suivantes :

1° Les germes du groupe *subtitis* se trouvent presque constamment dans la bouche (97 fois sur 102 bouches examinées et dents cariées) ;

2° Les types *vulgatus, mesentericus, fuscus* et le bacille de foin, sont répérés dans plus de 70 % des cas. Quelques formes, produisant de l'acide butyrique sur la pomme de terre, se trouvent dans 20 % environ des dents cariées.

Isolément ou associés aux espèces précédentes, se rencontrent les germes du groupe subtil, colibacille, pseudo-tétanique ;

3° Ces germes sporigènes de la bouche peuvent se diviser physiologiquement en deux groupes principaux : type saccharolytique énergique, à réaction alcaline (vulgatus-mesentericus, et en partie le bacille du foin) ; type saccharolytique faible avec réaction acide (b. butyrique aérobie). On peut considérer comme pratiquement négligeable un troisième type, de réaction alcaline, mais non saccharolytique, ainsi le b. sphérique, le pseudo-tétanique, isolable dans 2 % des dents cariées ;

4° Techniquement parlant, la méthode la plus rapide et la plus sûre

pour mettre en évidence ces types de bacilles est de plonger les instruments dans le bouillon de culture. On laisse trois jours à 37°. Les formes saprophytes sont toutes détruites à 62°, 65°.

On cultive sur agar, puis on isole et on identifie les diverses espèces.

(*La Stomatologia,* février 1929).

M. C.

SUR LA MODIFICATION ET LES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DES TISSUS DE LA DENT

Par le Dr CARLO GASPARINI (de Bari).

Après avoir traité cette question, l'auteur aboutit aux conclusions ci-après :

Sur huit chiens étudiés pendant deux, trois, cinq et huit mois, on peut conclure que :

1° Chez les chiens robustes, dont l'état ne fait craindre ni des phénomènes de croissance, ni l'influence de la sénilité, l'application de couronnes d'or à 22 c. de trois dixièmes de millimètres d'épaisseur, faite suivant toutes les règles de l'art, sur des dents préparées comme celles de l'homme, ne provoque aucune réaction des tissus paradentaires ;

2° Au début, la pulpe présente un peu d'hyperhémie (due au traumatisme) et une activité intensifiée, avec néoformations, formations fibreuses. Mais elle demeure toujours saine et vivante, les racines sont plus solides, donc aussi la prothèse, et la mastication se trouve améliorée ;

3° Les tissus durs et la cavité ne présentent aucune altération microscopique notable ;

4° La pulpe des défenses préparées de même, mais non recouverte d'une couronne, présente d'abord des phénomènes inflammatoires aigus, puis chroniques : il y a atrophie et nécrose, d'origine traumatique, toxique et thermique.

On remarque à peine, au début, une réaction odontoblastique ; la membrane éburnée devient très altérée puis disparaît ;

5° Les tissus durs présentent la consistance de l'ivoire, et leur teinte, normale au début, se fait bleuâtre, puis ardoisée. La cavité pulpaire subit une légère diminution ;

6° La réaction des tissus péridentaires et de la muqueuse vestibulaire palatine est faible ;

7° Aucune altération macroscopique ou microscopique des tissus péridentaire et pulpaire ni des tissus durs des dents (dont on a ôté une légère couche d'émail).

(*La Stomatologia,* février 1929).

M. C.

LA THÉRAPEUTIQUE PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS

Par STANLEY ELLIS, de Londres.

L'usage des rayons solaires dans le traitement des maladies est aussi vieux que le monde. En raison de son pouvoir de donner et de maintenir la vie, les hommes adoraient le soleil, estimant que son action reculait les limites de la maladie et de la mort. Les anciens Grecs et Egyptiens ont émis l'idée des bains de soleil, et les Romains, toujours dans notre pays, ont combiné les bains d'eau avec ceux de soleil. Pendant le Moyen Age, les bains de soleil tombèrent dans l'oubli, et ce n'est qu'en 1774 qu'on reprit cette coutume. Deux médecins français montrèrent les résultats de la lumière solaire sur les plaies et blessures ouvertes. En 1815, Lœbel montra leur traitement général dans les diverses lésions, sauf l'hémoptysie, comme nous le faisons nous-mêmes, cent treize ans après.

Au milieu du XVIIIe siècle, une clinique de rayons solaires fut ouverte à Halle, en Autriche, avec les résultats mentionnés par le corps médical de l'époque. En 1877, Dawnes et Blunt montrèrent les propriétés bactéricides de la lumière. Au XVIIIe siècle, Ritter avait rappelé que le chlorure d'argent était nacré par les rayons invisibles situés au delà de la limite des rayons violets visibles et concluait que l'énergie rayonnante se trouve dans l'air qui est invisible à l'œil. Ces radiations, par rapport à leur position dans le spectre, sont appelées rayons ultra-violets.

Il est intéressant de noter qu'il y a cent vingt ans environ, les rayons rouges, émanant de l'autre extrémité du spectre, étaient considérés comme élevant la chaleur d'un thermomètre placé au delà des rayons rouges visibles. Ces rayons, appelés infra-rouges, ont été bientôt utilisés comme agent thérapeutique. Ce n'est toutefois qu'après la découverte de l'arc électrique que le traitement par les rayons solaires devint possible. L'honneur de cette mise au point appartient à un Danois, le Prof. Finsen, qui publia en 1893 ses résultats dans le traitement de la tuberculose, surtout celle de la peau, par les rayons venant d'un arc de charbon, la fameuse « lumière de Finsen ». Ce travail attira l'attention de la Reine Alexandra, et alors on a traité des millions de cas de lupus par ce genre de lampes, en usage dans beaucoup de nos grands hôpitaux.

La question est si souvent posée : « Pourquoi prendre la lumière artificielle onéreuse si nous pouvons avoir gratuitement la vraie lumière ? » qu'il importe de montrer la différence entre la lumière naturelle et l'artificielle. Nous devons pour cela rafraîchir nos souvenirs sur le spectre solaire. Il est nécessaire de rappeler quelques notions. La lumière visible du soleil est faite de sept couleurs : violet, indigo, bleu, vert,

jaune, orange et rouge. Mais il y a d'autres rayons émanant du soleil et invisibles à l'œil, qui peuvent être déduits de l'apparence du spectre où des bandes de lumière apparaissent au-dessus et au-dessous des couleurs mentionnées plus haut. On note, à côté des rayons violets, les rayons ultra-violets et les rayons gamma du radium. On les appelle ultra-violets, car leur longueur d'onde est plus courte ; ceux situés entre les rayons rouges et le spectre, avec leur plus grande longueur d'onde, sont les infra-rouges et les ondes hertziennes.

Les rayons visibles constituent donc une faible proportion de tout le spectre électro-magnétique ; en fait, si le spectre visible mesure un pied de longueur, le spectre entier aurait plusieurs milles de long.

Si nous pouvions parvenir assez près du soleil, toutes les propriétés du spectre nous seraient profitables, mais en raison de notre distance au soleil et de la densité atmosphérique près de la terre, nous ne pouvons utiliser qu'une partie limitée des rayons solaires. D'autre part, il y a des rayons du soleil qui seraient invisibles si nous en étions trop près — par exemple les rayons chauds de la zone rouge.

Dans la région 3.300-3.200 l'activité biologique est relativement réduite, et les rayons au delà de 2.900 ne nous parviennent pas, étant filtrés par une couche d'ozone, qui existe dans les régions hautes de l'atmosphère. D'autre part, la lampe à vapeur de mercure et l'arc ouvert agissent surtout avec des rayons plus courts que 3.000, et même ceux inférieurs à 2.500 ne pénètrent pas la couche cornée de la peau, mais ils pénètrent les infusoires et les microbes, ayant sur eux une puissante action destructive.

En usant de moyens artificiels, par exemple en produisant certaines parties du spectre, nous pouvons non seulement contrôler la totalité — chose impossible à obtenir dans nos climats avec la lumière naturelle du soleil — mais nous pouvons aussi reproduire les avantages de la lumière solaire qui sont largement supprimés par l'atmosphère, telles que, par exemple, la portion germicide des rayons ultra-violets. Rollier, de Leysin, la plus haute autorité actuelle en héliothérapie écrit : « Le soleil et les rayons ultra-violets présentent la même relation de l'une à l'autre que les médicaments bruts avec leurs succédanés chimiques préparés par synthèse, tels que la morphine pour l'opium ou la noix vomique pour la strychnine ».

Les limites de cette partie du spectre solaire touchant notre terre sont influencées par les saisons, et par la hauteur du soleil au-dessus de l'horizon. Les rayons solaires atteignent un maximum d'intensité à 1 heure après-midi (et non à midi) ; on trouve le maximum de rangées du spectre en juillet, le minimum en décembre et janvier. Dans un cas seulement, 1/2000e du total des rayons solaires se trouve intercepté par notre terre, ce qui est égal à la lumière interceptée par une lampe à arc de rue.

On n'insistera jamais assez sur ce fait que les gens ne sont pas assez habitués à l'exposition au soleil pour de longues périodes, surtout au bord de la mer. Les gens qui ne sont pas habitués à avoir la peau découverte, deviennent vite basanés et courent le risque d'insolation, de nausées, de migraine et d'étourdissements. Il faut prendre un bain de soleil progressif de tout le corps, une partie étant d'abord exposée à de courts intervalles, et non au milieu du jour, à moins que la peau ne le tolère. Comme de larges étendues d'eau augmentent la réflexion des rayons lumineux, le bord de la mer donne des symptômes fâcheux plus que l'intérieur des terres, et les yeux s'irritent par l'éclat plus vif du soleil.

Dans les grandes villes, la vapeur et l'atmosphère chargés de fumée, filtrent tous les rayons thérapeutiques du soleil, et pour cette raison le rachitisme abonde dans les taudis, où beaucoup d'enfants naissent rachitiques parce que leurs mères ont été privées de la lumière solaire. Il est de pratique courante dans les hôpitaux de Londres et d'Amérique d'irradier les mères enceintes vivant sans soleil. Dans beaucoup d'hôpitaux allemands, on irradie les enfants aussitôt après leur naissance.

Quels sont les symptômes produits sur le corps humain par les rayons ultra-violets ?

Avant tout, l'action biologique ; les rayons ultra-violets possèdent des propriétés photo-chimiques, des propriétés photo-électriques, et le pouvoir de produire la fluorescence.

Par leur pouvoir photo-chimique, ils exercent les actions d'analyse et de synthèse, l'oxydation, la décomposition et la combinaison.

Par leurs propriétés photo-électriques, ils attirent des électrons négatifs aux surfaces atteintes par les rayons.

Par leur pouvoir fluorescent, ils produisent de nouvelles vibrations dans le corps exposé.

Si les rayons pénètrent à moins d'un millimètre, il est difficile de comprendre comment ils agissent, à moins de se souvenir que le corps humain contient des agents catalytiques — substances sensibilisantes — généralement représentées par des ions de métaux ou de métalloïdes, qui extraient l'énergie physique appliquée à l'extérieur et produisent des réactions chimiques *in vitro* qui augmentent beaucoup cette énergie.

Plusieurs points montrent cette action des rayons lumineux sur l'organisme qui possède certaines substances fluorescentes. Depuis que les rayons ultra-violets produisent dans les cellules vivantes les phénomènes de fluorescence, on a découvert la présence dans les tissus de substances fluorescentes, et il est permis de penser que ces substances jouent le rôle d'agents sensibilisants.

Comme pour les propriétés photo-électriques des rayons actiniques, ils jouent sans doute un rôle important dans les effets biologiques de la radiation. L'attraction des électrons négatifs à la surface produit une

modification dans l'équilibre électrique des tissus. Cette action se traduit par une altération des échanges osmotiques dans les couches les plus profondes de la peau.

Considérons l'action physiologique des rayons sur la peau. Les longues ondes des ultra-violets pénètrent plus profondément que les courtes : celles-ci sont absorbées par une couche très mince de la peau, pendant que les longues ondes pénètrent une couche plus épaisse qui les absorbe, et cette épaisseur varie entre un et deux millimètres. Les plus grandes longueurs d'onde de la partie rouge du spectre pénètrent plus profondément. Comme résultat de la pénétration des rayons dans le tégument, il faut noter en premier lieu une vaso-dilatation produisant la rougeur de toute la surface cutanée. Celle-ci disparaît si l'exposition est longtemps continuée et fait place à une vaso-constriction. Après une exposition normale on observe en général un érythème au bout de quatre à huit heures, variant de la congestion légère des vaisseaux sanguins à la destruction de l'épiderme avec formation d'ampoules. Les gens clairs réagissent plus facilement que ceux de couleur sombre, et les peuples aux cheveux rouges sont plus sensibles que les autres ; les enfants sont particulièrement sensibles, plus que les gens âgés. Les régions du corps généralement exposées à la lumière, les mains, les bras et la face réagissent beaucoup moins que celles couvertes par les vêtements. L'érythème dure de trois jours à plusieurs semaines, suivant sa gravité initiale.

Un érythème grave montre à l'examen microscopique une sérieuse enflure des couches profondes de l'épiderme ; les capillaires sont dilatés de deux à quatre fois leur volume normal, et la circulation sanguine s'en trouve ralentie plusieurs jours après, si l'érythème a été suffisamment marqué, il en résulte de la nécrose et de la desquamation.

Après des séances répétées apparaît la pigmentation. C'est une défense naturelle contre les trop fortes doses atteignant les tissus profonds. La pigmentation est généralement plus rapide et plus marquée avec la lampe à arc de carbone qu'avec les autres modèles. Les affections cutanées telles que l'acnée et la furonculose sont presque inconnues parmi les tribus de race noire et la lumière artificielle produisant une pigmentation rend ces infections à peu près impossibles.

Sous la surface de la peau, on note une élévation de la température et une stimulation des glandes sudoripares. En raison de la dilatation des vaisseaux sanguins, il y a une forte pression sanguine et par conséquent une saillie des régions congestives. Le nombre des hématies peut être accru de 20 %, pendant que l'hémoglobine du sang est augmentée. Les plaquettes sanguines accroissent de nombre si l'irradiation n'a pas été trop intense. C'est une notion courante qu'elles diminuent dans le rachitisme et dans certaines infections comme le coryza aigu, la rougeole ou l'influenza. Le nombre des leucocytes augmente considérablement, c'est

une aide puissante à la destruction des microbes dans le courant sanguin. On note aussi l'augmentation du calcium contenu dans le sang, car les rayons ultra-violets sont très utiles dans le traitement du rachitisme. Le fer augmente aussi dans le sang, et l'on est obligé d'en donner moins si le patient subit l'irradiation.

L'effet le plus important du traitement ultra-violet est son action bactéricide. Les microbes en culture dans des tubes témoins sont tués en quelques minutes ; si l'eau est irradiée et qu'on y ajoute des bactéries, 20 % sont détruites en une heure. On pense que les rayons ultra-violets détruisent leur protaplasma. Les spores des bactéries, si résistantes à la chaleur et aux antiseptiques, succombent sous les ultra-violets, en un quart du temps ordinaire.

L'effet sur les bactéries, soit par l'augmentation des leucocytes, soit par action directe des rayons sur les bactéries, n'a pas encore été dépassé.

L'effet des rayons ultra-violets sur le système nerveux n'a pas été encore définitivement éclairci. Plusieurs observateurs pensent que la plupart des effets favorables sont dus à l'action réflexe des rayons sur les terminaisons nerveuses cutanées. D'autres pensent que ces effets sont dus à l'action des rayons sur le cholestérol, qui est un constituant normal de la substance nerveuse, et se trouve ainsi dans la peau. Les radiations ultra-violettes sur le cholestérol produisent une nouvelle substance très puissante, appelée ergostérol, qui, injectée même à petites doses, a une influence profonde sur le système nerveux. Un observateur japonais a montré l'effet stimulant de l'ergostérol, dont une dose minime, injectée à un cobaye, arrêta en quelques secondes le cœur en systole. Il assure que les bons effets de l'huile de foie de morue irradiée dans le rachitisme sont dus à la production de cette nouvelle substance, l'ergostérol provenant du cholestérol. Le traitement ultra-violet, employé chez les enfants des écoles, devra-t-il donner une race de surhommes ? Ceci est le secret de la Nature.

Si les organes profonds, vaisseaux et nerfs, ne doivent pas entrer en contact avec les rayons, ils sont pourtant baignés par le sang venant de la peau, et ayant bénéficié de l'heureuse action de ces rayons. Bien des lésions nerveuses, des affections osseuses et des désordres intestinaux sont heureusement influencés.

Les rapports entre les rayons ultra-violets et le système endocrinien commencent à être fixés d'une façon définitive ; les relations entre ces rayons et le système nerveux sympathique ont été déterminés par l'expérience et la clinique. Il est certain que l'irradiation rend insensibles les terminaisons nerveuses des filets sympathiques et un résultat est de diminuer l'action des glandes surrénales, produisant une diminution de la pression sanguine et du sucre contenu dans le sang. La chute du sucre sanguin et par là même du sucre urinaire ; comme résultat de l'irradiation,

est confirmée par l'expérience qui consiste à donner de l'insuline à dose ordinaire en même temps que les rayons ultra-violets. Dans ces conditions, il y a souvent une puissante réaction de l'insuline, qui peut être diminuée en donnant une plus faible dose au cours de l'irradiation.

Partout où l'on donne des produits opothérapiques, leur activité est accrue par l'irradiation simultanée aux rayons ultra-violets. Leur action sur la glande pituitaire est mise en évidence par une diminution de la diurèse.

Cette branche du traitement par les rayons est dans son enfance, et l'on ne peut édifier là-dessus aucune théorie, et nous indiquons par là une possibilité comme type de traitement auxiliaire.

Considérons maintenant les conditions dans lesquelles on s'est servi du traitement par les rayons ultra-violets.

Si populaire a été l'emploi de la lumière solaire, et si enthousiastes ont été ses partisans, que nous sommes en danger de donner l'impression d'une cure universelle. Tombant d'un extrême à l'autre, si nous suscitons des espérances chez le patient sans les réaliser, celui-ci s'engage dans une série de traitements où il perd son temps, son argent et ses forces. Ma propre expérience est que, presque partout le traitement solaire a réussi, mais je le regarde plutôt comme un traitement adjuvant que comme le seul traitement.

La liste des conditions où l'on peut appliquer le traitement ultra-violet peut se classifier en groupes suivant leur action spécifique.

Et d'abord, l'action spécifique sur le sang :

1° Par l'action sur l'hémoglobine, comme dans l'anémie. L'action des rayons, dans ces cas-là, augmente non seulement la teneur en fer, mais le fer donné comme médicament a une action plus forte, et par conséquent une dose moins forte est nécessaire pour le traitement ;

2° Par l'augmentation du calcium et du phosphore dans le sang, dans les affections comme le rachitisme. Les résultats produits par les rayons ultra-violets chez les enfants rachitiques sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Dans tout notre pays, il y a des cliniques pour le traitement des enfants rachitiques, appelées « Ligues de la lumière solaire » ; aucun titre ne saurait être mieux approprié ;

3° Dans la perte du tonus musculaire due à un appauvrissement de la suppléance sanguine, comme dans les cas de constipation opiniâtre ou de relâchement intestinal. Là aussi, d'autres médicaments mieux connus et choisis entrent en jeu et la radiation en est rendue plus effective et plus durable au point de vue du métabolisme général et c'est un résultat invariable du traitement ; une sensation de bien-être général et de nouvelle force est le résultat direct des rayons sur le système circulatoire ;

4° Les états nerveux divers, dus soit à l'action de la circulation rajeunie apportant aux nerfs leur nourriture normale, ou directement dus à l'action des rayons sur les terminaisons nerveuses cutanées. Les mala-

dies comme la faiblesse nerveuse, la névrite, la sciatique, et probablement des affections médullaires comme la poliomyélite ;

5° Les affections dues au shock, à une longue maladie, à une faiblesse post-opératoire où le sang et le système nerveux renouvelés obtiennent une amélioration remarquable ;

6° La longue série des maladies dues à une infection microbienne :

a) De la peau, comme l'eczéma, l'acné, l'impétigo, le lupus, et une foule d'autres les résultats sont vraiment admirables ;

b) Des autres maladies infectieuses plus profondément situées, comme la tuberculose chirurgicale, les cas de phtisie aiguë ou chronique et le catarrhe des muqueuses, comme la bronchite et le catarrhe nasal ;

7° Une longue liste d'affections pouvant être dues à deux ou plus des causes citées plus haut, et qui cèdent au traitement ultra-violet, dans un cas et non dans l'autre. Je ne pense pas les nommer toutes par leur nom, car les résultats n'en sont pas suffisamment établis et beaucoup sont dus à des observateurs très enthousiastes.

Il est intéressant de savoir que les directeurs du Jardin Zoologique de Londres, ayant apparemment plus de prévoyance que certains directeurs d'hôpitaux, ont installé des lampes de rayons ultra-violets dans leur nouvelle galerie des singes. Les résultats furent si frappants qu'ils décidèrent de placer sur le toit une glace spéciale, appelée « verre vital », et permettant aux rayons ultra-violets du soleil de passer au travers.

Les résultats suivants furent obtenus :

1° *Longévité*. On n'a observé aucun décès dans cette galerie pendant un an, alors que, le coefficient de mortalité était autrefois de 25 % :

2° *Fertilité*. De jeunes singes sont nés en captivité, résultat inconnu jusqu'ici ;

3° Les singes ont été plus gais qu'auparavant, plus musclés, conservant mieux leurs apparences naturelles ;

4° Ceux qui avaient été amenés dans la nouvelle galerie, souffrant d'une chute des poils, y ont acquis de belles fourrures de couleur brun doré.

En dernier lieu, nous allons voir la question de la technique. D'abord, la pièce où doit avoir lieu l'irradiation sera suffisamment chauffée l'hiver et bien ventilée pour protéger les patients du froid. Il est à désirer que le sang vienne à la surface du tégument, mais si la peau est froide, cet effet sera retardé.

En été, et même en hiver si la pièce est chaude, on peut mettre en train un seul ventilateur pour chasser les impuretés de l'atmosphère, et amener un courant continuel d'air frais à la suface de la peau. Si cet air n'est pas trop froid, il agit comme un stimulant additionnel sur les vaisseaux du patient. Là où plusieurs patients sont traités dans la même chambre, avec des paravents autour de chacun, cette circulation d'air

frais est plus importante. Une table de massage ordinaire, ou même un lit de camp, ce qui est plus confortable, tel est le matériel nécessaire. Là où plusieurs patients sont traités en même temps par la même lampe, on peut les faire asseoir sur des sièges. D'abord faisant face à la lumière puis lui tournant le dos, ou encore ils peuvent se lever et se promener autour de la lampe, sur des lignes préparées à même le plancher, ou ils peuvent marcher au son de la musique en faisant des exercices. Ces lignes circulaires doivent être tracées à des distances variables de la lampe, en rapport avec le degré du traitement.

Il n'y a pas de moment spécial de la journée pour faire le traitement, mais il ne doit pas commencer pendant la digestion. Après l'irradiation, on engagera les patients, pendant la saison froide, à s'habiller chaudement s'ils sortent au plein air, c'est le cas pour les patients atteints de bronchite ou de phtisie, qui réagissent aux changements brusques de température.

Il est nécessaire d'assurer aux patients qu'ils ne sentiront pas de sensations désagréables pendant le traitement, mais de quatre à huit jours après celui-ci peut survenir un érythème, parfois douloureux et irritable. Il n'y a pas à s'alarmer, il faut le combattre avec de la glycérine, de la calamine, de la poudre de talc, et autres lotions employées contre les coups de soleil. Il faut demander aux patients de ne pas prendre de bains avant vingt-quatre heures, ce qui augmenterait encore l'irritation. Il est très important que l'opérateur et le patient emploient des verres sombres bien appropriés, car l'action prolongée et sans protection des rayons produirait de la migraine et des conjonctivites.

Certaines parties du corps sont plus sensibles que d'autres, par exemple, le dos des mains est moitié moins sensible que la poitrine, l'abdomen, le dos et la face, pendant que la paume des mains et la plante des pieds le sont vingt fois moins. Les bras et les jambes sont une fois et demie moins sensibles que le tronc.

Le dosage dépend de plusieurs facteurs, dont il est impossible de dresser une liste exacte. Les suivants peuvent être pris en considération :

1° *La distance*, variable suivant l'état du patient, le traitement local ou général ;

2° *L'intensité*, dépendant du type et de l'âge de la lampe ;

3° *Le temps*, variant suivant la phase du traitement ;

4° *La peau du patient*, variable chez les blancs ou les peuples de couleur, pouvant être plus sensible, après l'ingestion de certaines drogues, par exemple la strychnine.

(La propre expérience de l'auteur montre que la peau des patients nerveux est beaucoup plus sensible que celle des autres.)

On peut obtenir des pastilles pour mesurer les doses de rayons à des distances fixées et à des temps fixés pour un même patient.

La peau mince, sèche et pâle réagit plus aisément qu'une peau épaisse, moite et pigmentée. En pratique, un beau principe à appliquer est une dose initiale de deux minutes et demie à une distance de 36 pouces, que le malade soit un enfant ou un adulte. En partant de cette base, on peut augmenter le temps d'irradiation ou diminuer la distance, ou même faire les deux. Mais, en diminuant la distance, il vient à l'esprit, que les rayons ultra-violets obéissent à la loi générale de la lumière, à savoir que l'intensité de la dose varie en raison inverse du carré de la distance, c'est-à-dire qu'en diminuant de moitié la distance, nous ne doublons pas seulement la dose, nous la multiplions par quatre, et si nous réduisons la distance de 36 à 27 pouces, c'est-à-dire 9 pouces plus près, nous donnons deux fois plus qu'à 36 pouces.

Le nombre de traitements par semaine est une question d'expérience en rapport avec le patient et les progrès de la guérison. Plusieurs opérateurs donnent soit un traitement, soit deux, soit trois au plus. En général, il est préférable de ne pas continuer le traitement pendant l'érythème, qui persiste généralement deux ou trois jours, mais quand la peau est devenue bronzée, se pose la question d'augmenter le nombre des séances par semaine ou d'augmenter l'intensité de la dose ; d'autre part, plusieurs opérateurs laissent le bronzage de la peau se faner avant de recourir à une dose ultérieure ; cela peut être une bonne conduite à tenir, si le malade a fait des progrès et que le traitement puisse être prolongé pendant une longue période. Quelques opérateurs font des séances sur tout le corps en même temps, d'autres exposent les diverses parties du corps l'une après l'autre des pieds à la tête.

Pour exposer le patient il n'est pas nécessaire d'avoir le corps tout nu, un léger vêtement de linge est permis. La soie artificielle permet à 50 % des rayons de la traverser, mais le plus souvent il n'est pas nécessaire de l'employer.

En conclusion, avouons avec le Prof. Drummond, qui a établi le traitement d'une façon définitive, dans une communication à la Société royale des arts : « Notre opinion présente est que l'exposition de la surface cutanée aux rayons ultra-violets, soit à la lumière solaire, soit à celle d'une lampe artificielle, produit une synthèse du cholestérol avec les vitamines antirachitiques qui est un adjuvant nécessaire du régime. »

Cette découverte, importante par elle-même et par ses applications, n'est pas la seule expliquant le pouvoir curatif de la lumière solaire. Le Prof. Drummond, dans le même travail, a mis en relief un autre facteur de nature frappante. En expérimentant sur de jeunes rats, il a découvert que l'apport de fractions de vitamines très actives, nécessaires pour maintenir un rat en bonne santé, et le préserver de signes apparents de carence des vitamines, est extrêmement minime, 0,0006 % de sa consommation totale d'aliments.

Le Prof. Drummond a cherché aussi dans un travail parallèle à déterminer la fraction exacte de vitamine E, décrite par Evans et Bishop, comme nécessaire à la reproduction normale. Une quantité minime de 0 g. 0005 de cette vitamine, obtenue avec des traces d'huile blanche, a rendu fertile un rat femelle, préalablement stérile, par suite d'un régime privé de vitamines.

Il est évident qu'une petite quantité d'au moins une vitamine produite par l'action de la lumière solaire sur la peau, peut être efficace dans le traitement et la prophylaxie du rachitisme. De même, nous ne sommes pas loin d'affirmer que la lumière solaire, tombant sur la peau, active d'autres substances et « produit » d'autres « vitamines », chacune essentielle à certaines fonctions de l'organisme humain.

Dr C.

(*British Dental Journal*, 15 décembre 1928, p. 1380).

BIBLIOGRAPHIE

LANDETE ARAGO et PEDRO MAYORAL. — **Introduction à l'étude de l'Odontologie.**

Les Drs Landete Arago et Pedro Mayoral, de Madrid, ont publié sous ce titre (en espagnol), au mois d'avril dernier, un volume de 221 pages in-octavo, destiné à faciliter l'étude de la dentisterie aux étudiants de l'Ecole d'odontologie de cette capitale.

L'ouvrage est divisé en douze chapitres. Après avoir exposé le concept de la médecine, les auteurs exposent celui de l'odontologie.

Puis vient la définition du concept de la pathologie, de l'hygiène et de la thérapeutique.

La pathologie, l'hygiène et la thérapeutique générale odontologique suivent.

La détermination, la nomenclature et la classification des espèces morbides du système dentaire constituent un chapitre.

Les auteurs étudient ensuite le diagnostic odontologique dans les diverses régions que doit connaître le chirurgien-dentiste, puis examinent successivement le diagnostic des tissus buccaux malades, le diagnostic étiologique, le diagnostic individuel, c'est-à-dire de la connaissance des conditions du malade et du milieu.

Le pronostic, les indications et contre-indications, enfin, l'histoire clinique, ainsi que les éléments qui la composent, déterminent le travail.

57 figures illustrent cet ouvrage dont la lecture fait connaître clairement à l'étudiant le domaine qu'il va embrasser et le familiarise avec les termes scientifiques qu'il aura à employer. La technique n'y est naturellement pas abordée, l'odontologie y étant considérée comme une science pure et n'y étant pas traitée comme art manuel.

JOSE SANNA. — **Le soin des dents.**

Le Centre Odontologique de l'Uruguay a chargé un de ses membres, M. Jose Sanna, de rédiger une petite brochure sur le soin des dents (*El cuidado de los dientes*) à l'usage des enfants.

L'auteur s'est acquitté de sa tâche en quelques pages, d'un style simple et clair, illustrées de nombreuses gravures amusantes ; il a écrit à la fois pour les enfants et pour les mères. Il donne des conseils sur l'hygiène dentaire, l'emploi de la brosse à dents, des dentifrices, etc. Il s'est manifestement inspiré du livre du Dr Bouland sur le même sujet.

Il a fait œuvre utile et peut être cité en exemple.

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants : 1° de MM. Millberry et G. Villain, un volume relié, contenant 54 tirages à part d'articles de divers auteurs, appartenant au Groupe des recherches de l'Université de Californie ;

2° De M. R. Ahmed, de Calcutta, une brochure en anglais sur *l'habitude de mâcher du pan* (mélange de feuille d'arbre, de cachou, de citron, de bétel et d'épices) *dans ses rapports avec la prédominance de la pyorrhée alvéolaire aux Indes* ;

3° De M. Karl Elander, de Gothembourg (Suède), un tirage à part d'un article (en allemand) intitulé : *La question du nom de la pyorrhée alvéolaire*, extrait du *Correspondenz Blatt fur Zahnärzte*, 4, 1929.



Nous avons reçu le n° 3, vol. VII, de *la Saignée blanche*, opuscule édité par la *Denver chemical Mfg. Co.*, en français, anglais, allemand, espagnol, italien, portugais, chinois et japonais, à 1.250.000 exemplaires et adressé au corps médical du monde entier, sauf celui de la Russie, de la Lettonie et de la Bulgarie.

49e ANNÉE N° 8. 30 AOUT 1929. VOL. LXVII

BULLETIN

de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS (C. T. I.)

Monsieur le Président de l'A. G. S. D. F.,

Nous avons l'honneur de vous informer que nous tenons à votre disposition la nouvelle carte annuelle éditée par la C. T. I.

Vous savez que pour une faible cotisation de *dix francs* vous vous assurerez de nombreux avantages, énumérés sur le tract bleu ci-joint. De plus, la carte individuelle, outre qu'elle constitue une pièce d'identité indispensable, est un signe de ralliement pour tous les travailleurs intellectuels organisés collectivement pour la défense de leurs intérêts et la poursuite de leur reclassement social par la Confédération.

Aussi non seulement nous vous prions *de vous munir de cette carte, mais nous sollicitons votre concours pour en placer parmi vos amis.*

Nous avons constaté que le placement est particulièrement facile au cours des assemblées et réunions professionnelles.

Notre budget régulier alimenté par les cotisations statutaires ne répond plus à notre action considérablement grandie.

Pour faire face à nos nouvelles charges nous comptons beaucoup sur le rendement de nos cartes individuelles.

Espérant que vous voudrez bien nous prêter ce concours, nous vous prions d'agréer, etc.

La Secrétaire administrative.

CARTE INDIVIDUELLE DE LA C. T. I.

La Carte individuelle de la Confédération des Travailleurs Intellectuels (C. T. I.) est le moyen offert à tous les membres des Sociétés affiliées d'aider la C. T. I. par une contribution supplémentaire d'un prix très modique (dix francs). Elle assure de nombreux et précieux avantages.

Avantages accordés aux porteurs de la carte.

ABONNEMNT GRATUIT au Bulletin de la C. T. I.

ENTRÉE GRATUITE aux vernissages du Salon d'Automne et au Salon des Indépendants.

Réductions sur les abonnements : *La Revue Bleue*, *La Rev. Scientifique*, *Comœdia*, le *Quotidien*, le *Progrès Civique*, le *Matin*, les *Débats*, le *Temps*, l'*Ère Nouvelle*, le *Figaro*, l'*Information*, l'*Action Française*, la *Liberté*, *Conférencia*.

Service de billets a prix réduits, adressés tous les 15 jours (25 fr. par an pour frais de poste). « Le Théâtre pour Tous », 8, Faubourg-Montmartre, Paris-9e, pour les théâtres suivants : Ambigu, Apollo, Arts, Atelier, Athénée, Avenue, Châtelet, Concert Mayol, Comœdia, Comédie Caumartin, Comédie des Champs-Elysées, Daunou, Déjazet, Deux-Anes, Dix-Heures, Édouard-VII, Eldorado, Empire, Fémina, Gaîté-Lyrique, Gaîté-Rochechouart, Gymnase, Lune-Rousse, Madeleine, Maison de l'Œuvre, Marigny, Mathurins, Michel, Moulin-Bleu, Nouveautés, Odéon, Œil-de-Paris, Olympia, Palace, Perchoir, Porte-Saint-Martin, Potinière, Renaissance, Scala, Studio des Champs-Elysées, Théâtre de Paris, Trianon-Lyrique, Variétés, Cirque de Paris, Bal Tabarin, etc...

Réduction sur présentation de la carte portant la photographie, sauf les samedis et veille des jours de fêtes et sans obligation pour les personnes accompagnant le titulaire aux cinémas : Cocorico, boulevard de Belleville, 128 (matinées et soirées du lundi au jeudi inclus), Gaîté-Parisienne, 34, boulevard Ornano (soirées du lundi au jeudi, matinées du jeudi au samedi), Royal-Cinéma, 11, boulevard de Port-Royal (soirées du lundi au jeudi et matinée du jeudi).

Réduction sur présentation de la carte portant la photographie, sauf les samedis et veilles ou jours de fêtes, et sans obligation pour les personnes accompagnant le titulaire, aux cinémas : Aubert-Palace, 24, boulevard des Italiens (50 %) ; Tivoli, 14, rue de la Douane (33 %) ; Palais des Fêtes de Paris, 8, rue aux Ours (matinées et soirées du lundi au jeudi inclus) ; Danton-Palace, 99, boulevard Saint-Germain (matinées et soirées du lundi au jeudi inclus) ; Monge-Palace, 34, rue Monge (soirées du lundi au jeudi, matinées jeudi et samedi) ; Eden de Vincennes, 16, avenue de Paris (soirées du lundi au jeudi, matinées jeudi) ; Family-Palace, à Aubervilliers, place de la Mairie (samedi soirée) ; Malakoff-Cinéma, place des Écoles (soirées du vendredi au lundi).

Inscription a 5 francs à L'Aide aux Travailleurs Intellectuels (s'adresser à M. Xanrof, 10, rue Tholozé).

Réductions pour les réunions organisées par la C. T. I.

Tarifs spéciaux accordés par la Société des Savants et Inventeurs de France (28, rue Serpente, Paris-6e, Tél. : Littré 96-30) pour :

1° Prise de brevets ; 2° Traductions ; 3° Expertises techniques ; 4° Procès et affaires (contrefaçon, etc....) ; 5° Chez la plupart de leurs membres.

Remise de 10 % consentie par la Pharmacie de Rome, 15 et 17, rue de Rome, sur les factures nominales des porteurs de carte, déposées au Secrétariat de la C. T. I. et sur toutes les commandes (spécialités pharmaceutiques exceptées).

Assurances : Le Syndicat Professionnel des Inspecteurs d'Assurances, 33, rue Labouret, Colombes (Seine), se met gracieusement à la disposition

des porteurs de carte pour les renseigner en matière d'assurances et pour les aider le cas échéant.

Enfin, la carte constitue une pièce d'identité établissant la qualité de Travailleur Intellectuel.

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

SERVICE DE SANTÉ. RÉSERVE.

Par décision ministérielle du 20 juin 1929, les dentistes militaires de 2e classe, libérés du service actif en avril 1929, ci-après désignés, reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris.

MM. BADER (Jean-François), de la région de Paris.
BIESTRO (René-Charles-Jean, de la région de Paris.
BOURDAIS (Charles-Marcel), de la 12e région.
BUISSON (Pierre-Emile), de la région de Paris.
CHEVALIER (François-Emile), de la 10e région.
DENOIS (Georges-Fernand), des troupes du Maroc.
DUMANT (Maurice-Eugène), de la 9e région.
FOUQUES (Pierre), de la région de Paris.
GRESSET (André-Léon-Jean), de la région de Paris.
KAUFFMANN (Ernest), de la 9e région.
KOLTON (Georges), des troupes du Maroc.
LANGEVIN (Roger-Anatole), des troupes du Maroc.
LENORMAND (Lucien-Charles), de la 12e région.
MARET (Louis-Auguste-Paul), de la 5e région.
METRASSE (Victor), de l'armée française du Rhin.
PEROY (Pierre-Gaston-François), de la région de Paris.
RIALLAND (Maurice-Léon-Rogatien), de la 1re région.
ROUCHON (André-Edmond), de la région de Paris.
SCHNEIDER (Tony-Pierre), des troupes du Maroc.
SCHULER (Georges-Jean), de l'armée française du Rhin.
SERELLE (Daniel-Auguste), des troupes du Maroc.
VARIGOT (André-Gaston), de la 15e région.
VOGEL (Albert), du 19e corps d'armée.

A la 1re région.

MM. DUFOUR (Maurice-Jules-Arthur), de la 6e région.
MILLEVILLE (Albert-Jules), des troupes de Tunisie.
MILLINGTON (William), de la 6e région.

A la 6e région.

M. BIGAIN (André), de la 12e région.

A la 7e région.

MM. TRUCHE (Charles-Eloi-Paul), de la 7e région.
JUILLOT (Marcel-François), de la 8e région.
HOUATET (Marcel-Victor-Constant), de la 10e région.

A la 11e région.

MM. Barré (Jean-Jules), de la 18e région.
Bodet (Jules), de la 11e région.

A la 12e région.

M. Verdier (Jean-Maire-Adrien), du 12e corps d'armée.

A la 13e région.

MM. Deveau (Albert), de la 14e région.
Sabourte (Louis-Marcel-Georges), de la 13e région.
André (Paul-Clément), de la 14e région.

A la 14e région (pour ordre).

M. Devant (Henri), de la 15e région.

A la 14e région.

MM. Mauchamp (Raymond-Claude-Gustave), de la région de Paris.
Rand (Edouard-Alfred), de la 10e région.

A la 15e région.

M. Libine (Henri), de la 15e région.

A la 20e région.

MM. Bijou (Paul), de la 20e région.
Claude (Pierre-Marie-Joseph), de la 20e région.
Thouvenin (Maurice), de la 20e région.

Aux troupes de Tunisie.

M. Santandrea (Baptiste), de l'armée française du Rhin.

(*J. Officiel* du 22 juin 1929).



Par décret du 28 juin 1929, les dentistes auxiliaires ci-après désignés sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de dentiste militaire de 2e classe.

Les dentistes auxiliaires :

(Rang du 1er juillet 1929).

MM. Michel (Marius-Baptistin), de la 15e section d'I. M., à la 15e région.
Guillot (Joannès-Amédée), de la 13e S. d'I. M., à la 13e région.
Levy (Paul), de la 14e S. d'I. M., à la 14e région.
Chomelin (Maurice-Georges), de la 14e S. d'I. M., à la 13e région.
Urbain (Marius), de la 4e S. d'I. M., à la région de Paris.
Mahoux (François-Firmin-André-Yvan), de la 22e S. d'I. M., à la région de Paris.
Gauzeran (Marcel-Emile-Jean), de la 4e S. d'I. M., à la région de Paris.
Rivoire (Pierre-Joseph), de la 7e S. d'I. M., à la 7e région.
Renaudeau (Eugène), de la 11e S. d'I. M., à la 11e région.
Glemet (Ismaël-Alfred-Georges), de la 18e S. d'I. M., à la 18e région.

MM. LEY (Emile-Jean-Marie), de la 7e S. d'I. M., à la 7e région.
CELLIER (Marcel-Lucien-Valentin), de la 6e S. d'I. M., à la 6e région.
MILLOT (André-Marie-Julien), de la 23e S. d'I. M., à la 7e région.
JOYEUX (Albert-Louis), de la 4e S. d'I. M., à la 4e région.
RIGAL (Roger-Jean-Louis), de la 4e S. d'I. M., à la région de Paris
PARISOT (Maurice-Victor), de la 5e S. d'I. M., à la 5e région.
PELLETIER (Edouard-Pierre), de la 8e S. d'I. M., à la région de Paris.
FOUCHE (Pierre-Jacques-Maurice), de la 4e S. d'I. M., à la région de Paris.
ASPA (Georges-Gaston), de la 3e S. d'I. M., à la 3e région.
CÉSAR (Gaston-Marie-Louis-Léon), de la 14e S. d'I. M., à la 14e région.
AUMONT (Emile-Robert), de la 1re S. d'I. M., à la région de Paris.
AUGUSSEAU (René-Francis-Jean), de la 9e S. d'I. M., à la 9e région.
BOUILLOUX (Antoine-Pierre), de la 14e S. d'I. M., à la 14e région.
DESCOTTES (Marie-Joseph), de la 12e S. d'I. M., à la 12e région.
HARTMANN (Fernand-Félix), de la 15e S. d'I. M., à la 15e région.
LAURENT (Maurice-Cyprien-Victor), de la 22e S. d'I. M., à la 13e région.
MARTIAL (André-Alfred), de la 22e S. d'I. M., à la région de Paris.
PAYAN (Yvan-Paul-Edouard), de la 15e S. d'I. M., à la région de Paris.
PRIOLET (Pierre-Marc-Edmond), de la 14e S. d'I. M., à la 13e région.
RAYNAL (Georges-Jean), de la 13e S. d'I. M., à la 13e région.
RIVOIRE (Charles-Marcel), de la 14e S. d'I. M., à la 13e région.
SIMON (Charles-Jean-François), de la 18e S. d'I. M., à la 16e région.
VALERY (Georges), de la 15e S. d'I. M., à la 15e région.
BRUNSCHWIG (Marcel), de la 23e S. d'I. M., à la 6e région.
DUTAIX (Raoul-Pierre-Edouard-Jean-Maxime), de la 15e S. d'I. M., à la 15e région.
HEYBERGER (Paul-Edmond), de la 7e S. d'I. M., à la 7e région.

(*J. Officiel*, 4 juillet 1929).

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Zographos, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de sa mère, décédée à Athènes, à l'âge de 60 ans.

Nous lui adressons nos condoléances.

NOUVELLES

Examens de chirurgiens-dentistes. — Nous avons annoncé dernièrement la nomination d'un certain nombre de professeurs de l'Ecole dentaire de Paris comme examinateurs à la Faculté de médecine de Paris.

Nous apprenons que plusieurs professeurs de l'Ecole dentaire de Lyon viennent de même d'être nommés examinateurs à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous leur adressons nos félicitations.

Promotion. — Nous relevons dans l'*Officiel* du 18 juillet, la promotion au grade de médecin commandant (Réserve) du Dr VANEL (Paul-Auguste-Léon), de la 11e région.

Nous lui adressons nos félicitations.

Maison des dentistes à Berlin. — On annonce l'inauguration à Berlin, Bülowstrasse, de la nouvelle maison des dentistes allemands, dont les plans sont dus à l'architecte de la foire de Berlin, M. Julian Ballenstadt. Elle comprend cinq étages.

Elle sera le siège de l'Association des dentistes du Reich, des associations pour la Prusse et pour Berlin, d'un Institut dentaire pourvu des derniers perfectionnements, où des praticiens exerceront, et d'un Institut de recherches avec de riches collections. Enfin, plusieurs salles pourront être utilisées pour des congrès.

DERNIÈRE HEURE

CONGRÈS DU HAVRE

Le Congrès de l'A. F. A. S. s'est tenu brillamment et a clôturé ses travaux le 30 juillet.

L'assemblée générale a fixé la session de 1930 à Alger (2e quinzaine d'avril) et la session de 1931 à Nancy (époque habituelle).

M. Joachim, président de l'Association générale des dentistes de Belgique, a été élu président de la 14e Section (Odontologie), pour l'an prochain.

Nous rendrons compte dans un prochain numéro de la réunion du Havre.

F. D. I.

La session annuelle de la F. D. I. s'est tenue à Utrecht avec le programme que nous avons publié, conjointement avec le Congrès hollandais d'hygiène buccale.

19 nations y étaient représentées.

La session de 1930 a été fixée à Bruxelles.

Nous rendrons compte également dans un prochain numéro de la réunion d'Utrecht.

49e ANNÉE. N° 9 30 SEPTEMBRE 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

OBSERVATIONS SUR LES DESCELLEMENTS ACCIDENTELS DES PIVOTS DENTAIRES

Par H. LENTULO, D. E. D. P.

(*Communication au Congrès du Havre, 1929*)

Permettez-moi, sans autre préambule, d'entrer tout de suite dans le vif d'un incident de pratique professionnelle fréquent, banal, que vous n'ignorez pas.

Observation (*a*). Un rendez-vous d'urgence nous est demandé — dialogue au téléphone... Si pas de douleur vouloir bien attendre le premier rendez-vous disponible. — Mais, c'est impossible, c'est urgent... aujourd'hui même... Une dent tombée sur le devant et un grand dîner à offrir... Vous connaissez l'antienne — on se résigne à désorganiser sa journée et, au hasard, on donne le rendez-vous en tremblant.

Mais bientôt le patient arrive et sort d'une enveloppe une dent artificielle ordinaire avec un pivot. Il n'y a pas de collier. La racine paraît intacte. Pour couper court, admettons qu'elle le soit. Après avoir décidé qu'on se trouve en présence d'un descellement accidentel, provoqué par un long travail, on procède au rescellement.

Le patient nous quitte heureux et reconnaissant.

Tandis que la bénigne aventure est finie pour lui, nous la sentirons peser lourdement jusqu'à notre dernier rendez-vous.

Observation (*b*). Le patient est chez nous pour un examen. Il ne se plaint. Toutefois, un peu d'inquiétude quelque part autour de la petite molaire artificielle.

On est en présence d'une dent Richmond à collier. Elle remue ; on tire ; elle se détache un peu... On la repousse, elle rejette un peu de salive autour de la bague.

On a déjà vu cela et l'on n'est pas très tranquille, parce que le tout est de savoir si l'on ne va pas trouver sous la bague tout à l'heure un bord libre de racine qui, sous une apparence intégrale, n'en sera pas moins désorganisé, ramolli, à l'état de gélatine, désormais inutilisable.

Quoi qu'il en soit, l'examen de la dent à pivot, extraite, révèle qu'il n'y a plus trace de ciment de scellement ni sur les pivots ni dans la capsule.

Comme ce n'est pas la première fois que nous avons constaté ce détail, nous ne nous étonnons plus, mais on est un peu à court d'explications... surtout si l'on a la paternité de la dent postiche...

Laissons là nos observations.

Dans ces deux cas, dans tous les autres cas que vous avez pu personnellement observer, il est à noter la remarquable rareté des traces de ciment.

C'est là que nous voulons en venir.

Point de ciment. On a donné des explications diverses. Peut-être tout à l'heure en sera-t-il formulé, s'il y a discussion. Nous nous proposons de défendre l'explication suivante comme fait principal, si l'on ne trouve pas de ciment, c'est parce que, en dépit de ce que l'on croit, il n'en a point été mis... ou si peu.

Cette affirmation n'intéresse, bien entendu, que les pivots accidentellement descellés, quoique de récentes constatations puissent nous inciter à une plus grande généralisation.

En effet, pour les besoins de cette communication, nous avons cherché à nous rendre compte d'une façon positive de ce qui n'était qu'une présomption sérieuse.

Nous avons pu examiner quatre-vingt-quinze radiographies de dents à pivots.

Ces films ont été pris à des époques diverses pour le service d'une clientèle bourgeoise, aisée et riche, ce qui peut préjuger, pour l'ensemble des travaux examinés, une exécution de bonne classe.

Nous avons eu la surprise de constater que sur quatre-vingt-quinze images, quarante-sept seulement révèlent un scellement convenable, ce qui reviendrait à dire que, une fois sur deux, les scellements laissent à désirer.

Qu'observe-t-on dans les images signifiant un scellement réussi ? Voici en schématisant : une racine, avec la portion du canal traité et obturé correspondant au tiers apical ; dessous on aperçoit la loge recevant le pivot. Elle est presque opaque, avec, en son centre, nettement visible, le pivot métallique impénétrable aux rayons X. Cette appréciation ne laisse pas de doute sur l'efficacité du scellement et nous pouvons vous affirmer, en passant, que devant un cas semblable et pour peu que le pivot soit strié, il n'y a pas d'extracteurs de pivots qui puissent en venir à bout.

De même pour indubitable nous paraît le résultat de l'examen des films de pivots imparfaitement scellés.

Cette fois-ci, la racine présente aussi sous la portion de canal obturée, la loge du pivot et le pivot, avec cette différence que, en examinant de près, on aperçoit, surtout si le pivot ne va pas buter au fond de sa loge, un espace vide de ciment, une cavité.

D'autres exemples d'imperfections se révèlent par le profil du pivot métallique et ses encoches de rétention avec une netteté de contours qui est exclue quand celui-ci est tant soit peu enrobé de ciment.

Ainsi, nous pensons avec ces aspects pouvoir décider de la plus ou moins bonne réussite dans le scellement.

Au surplus, notre statistique ne s'impose pas rigoureusement et n'a qu'une valeur d'appoint pour cette conclusion : « *le scellement d'un pivot n'est pas une opération tellement facile* », comme semblent le laisser supposer les ouvrages traitant des bridges, couronnes et dents à tenons. A tel point que dans certains traités, le scellement avec ciment est tenu pour quelque chose qui va de soi et reste sans explication.

Sans avoir à s'étendre exagérément, il doit pouvoir être indiqué, au moins, ce qu'il faut éviter.

Ceci par exemple.

Servons-nous d'un cas banal qui nous rappellera peut-être des souvenirs.

Nous avons à poser une incisive latérale à pivot avec collier. Prudemment, savamment, le pivot a été conçu et exécuté en métal dur, rigide, pour être, avec un diamètre *réduit*, ajusté dans une loge *exactement* à sa mesure.

Le moment du scellement arrive. C'est généralement en fin de séance (ce détail n'est pas inutile). Tout est prêt. Il n'y a pas de doute que nous emploierons un ciment spécial malaxé semi-fluide à prise moyennement rapide... Et nous voici garnissant le collier, enrobant le pivot, puis essayer d'introduire le ciment dans la loge radiculaire. Généralement, c'est une sonde droite qui est employée avec toujours le même mouvement d'aller et retour d'un instrument empâté de ciment, qui voudrait pousser la chose le long d'une paroi de la loge. Mais, elle est si *étroite* que bientôt l'orifice en est complètement obstrué et dès ce moment on ne voit plus ce qui se passe... De plus, il n'y a pas tellement de temps à perdre... Le ciment est déjà moins fluide... Il s'agit de terminer. Le pivot est engagé : il avance bien pour les deux tiers, puis, une résistance s'annonce et si

on lâche la dent il y a un *effet de piston* qui la rejette sensiblement. C'est le signe d'une bulle d'air dans le fond de la loge. Quoi faire ?... Recommencer ?... Peut-être. Mais pas avec le même ciment qui nettement commence à faire prise... C'est allonger cette séance de vingt minutes !... Mais, voilà qu'un coup de pouce un peu plus fort... (presque malgré nous) a tout décidé. La dent et le pivot sont à fond ; on a entendu un léger claquement gras sur les bords du collier ; la dent n'est plus repoussée ; il n'y a plus de bulle d'air gênante. L'opération est jugée terminée ; mais pas tellement bien qu'on puisse assurer qu'il demeure assez de ciment autour du pivot, car, en sortant de force, la bulle d'air a presque tout balayé vers l'extérieur.

Nous ne voyons pas d'autre cause pour expliquer quarante-huit scellements imparfaits sur quatre-vingt-quinze examinés.

Nous pensons qu'il est facile de modifier ce pourcentage.

Il suffit d'un simple foret de Beutelrock, monté sur le tour dentaire et tournant à l'envers, qui portera le ciment dans la loge du pivot.

Le moins que cet instrument puisse faire, en tournant à contre-sens, c'est de laisser le ciment là où il est porté, sans le ramener autour de lui, comme dans le cas de la sonde ou du fouloir droit.

Par ailleurs, ceux d'entre vous qui ont bien voulu utiliser l'instrument dit « bourre-pâte » pour l'obturation des canaux ont sans doute déjà pensé à employer celui-ci pour le scellement des pivots. Quoiqu'il n'y soit pas totalement efficace, tel quel, il est déjà aussi d'un bon secours.

Nous avons fait construire une variété de « bourre-pâte » spécialement pour les scellements en question, variété à gros diamètre et de spires uniformes comme ceux que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Le résultat de leur emploi est que, en quelques secondes, n'importe quelle loge est remplie de ciment, sans la moindre lacune, réalisant des scellements parfaits, nous pouvons dire à cent pour cent, sans que cela ait absolument rien d'étonnant et comme chose qui, cette fois, va bien de soi.

UNE OBSERVATION D'OSTÉITE DIFFUSE NÉCROSANTE AIGUE CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME

Par le Dr PIERRE PILLIÈRE de TANOUARN

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 2 juillet 1929*).

616.71

Le 6 décembre dernier, notre jeune malade, durant son travail (c'est un cuisinier), fait une chute dans un escalier qu'il qualifie de très sale.

Son menton a porté sur une marche : il a eu une éraillure entourée d'une large plaque ecchymotique.

Le soir même du jour où l'accident s'est produit, l'œdème augmentait, devenait douloureux, douloureux à la pression, douloureux spontanément et notre malade consultait un médecin qui, après avoir examiné la cavité buccale et n'y avoir rien noté de particulier, après avoir palpé les téguments, déclarait (toujours au dire de notre jeune malade) qu'il s'agissait simplement d'un furoncle, lequel devait être incisé, lequel était en effet incisé le 7 au soir sous anesthésie locale : chlorure d'éthyle. Petite incision au niveau du menton : pas ou peu de pus.

Notre jeune patient n'est pas content de son médecin, les douleurs sont aussi vives qu'avant l'intervention. Il fait appel à un autre praticien qui, le 8-9 décembre, après avoir palpé les téguments, examine la cavité buccale, déclare qu'il y a abcès osseux (je cite toujours les propres paroles de notre jeune sujet). Et, en effet, il constate dans la cavité buccale, entre la lèvre inférieure et l'arcade dentaire, au niveau des incisives centrales et latérales, une tuméfaction rouge douloureuse, fluctuante.

Il conseille à notre malade d'aller consulter un dentiste, puisque affection buccale il y a, et c'est ainsi que les 10, 11, 12, il va quotidiennement au Service de stomatologie de l'hôpital Lariboisière où l'on examine menton, lèvre, bouche. La tuméfaction gingivale existe toujours : elle s'est encore étendue.

Incisives centrales et latérales sont fortement ébranlées, baignant dans un liquide muco-purulent qui fuse entre ces dents et l'alvéole.

On procède alors à l'avulsion de l'incisive centrale gauche et de la latérale gauche, de l'incisive centrale droite.

Ces quelques sacrifices dentaires ne semblent guère avoir amélioré l'état local et général de notre malade, puisque le 13 il est hospitalisé à l'hôpital Lariboisière, et que, le 14 décembre, il est amené dans le service du Prof. Sebileau où il est hospitalisé salle Wieussens.

C'est à ce moment qu'il nous est donné d'examiner ce malade qui

a passé une nuit très douloureuse. Depuis plusieurs jours, sa température est voisine de 40° avec grandes oscillations : 38 le matin, 39,5 le soir. Le pouls est rapide, le visage est pâle, toute la région sus-hyoïdienne est empâtée, œdème sans modification des téguments, œdème dur où la palpation ne révèle ni fluctuation, ni crépitation.

Du côté de la cavité buccale, œdème du plancher de la bouche, lequel œdème repousse la langue, pus en abondance dans la cavité buccale, pus mal lié, mais sans fétidité.

Par les alvéoles des dents extraites, il s'écoule du pus ;

Par les alvéoles des dents avoisinantes, il sourd également du pus : des dents branlent dans leur alvéole, elles en sont comme expulsées ; autour d'elles, la muqueuse est violacée, boursouflée, décollée. Il semble que l'affection gagne de proche en proche.

L'interne du Service, devant la gravite des phénomènes, devant le mauvais état du malade, devant l'œdème de la région sus-hyoïdienne et du plancher de la bouche, traite cette affection comme une angine de Ludwig, c'est-à-dire qu'il incise la région sus-hyoïdienne par trois incisions classiques : une médiane de haut en bas, le long de la ligne médiane du cou, deux autres presque perpendiculaires à la précédente, à droite et à gauche, le long du maxillaire inférieur. Il draine les régions incisées, cueille à la pince de Kocher l'*incisive latérale droite et la canine droite*, fait pratiquer de fréquents lavages de bouche, prescrit des attouchements gingivaux de novar et de bleu de méthylène, ordonne enfin du sérum antigrangréneux et du propidon.

Cette thérapeutique énergique semble devoir porter ses fruits puisque, le 20 décembre, la température oscille autour de 37, le malade reprend des forces. Localement, les trois incisions, toujours drainées, laissent écouler du pus, tandis que la cavité buccale est remplie de sécrétion salivaire muco-purulente et de petits séquestres alvéolaires éliminés spontanément.

Le 24 décembre, nouvel épisode : la température atteint de nouveau 39, tandis qu'une tuméfaction volumineuse, douloureuse, apparaît plaquée au niveau de l'angle de la mâchoire à gauche.

Après avis du Prof. Sebileau, après avoir essayé vainement toute thérapeutique médicale, de nouvelles injections de propidon et de sérum anti GG, une nouvelle intervention est décidée et l'interne de service pratique une longue incision au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur et draine la région.

La température qui, après l'intervention, était à 37, quinze jours après, le 7 janvier, monte de nouveau à 38,8.

Canine et prémolaire gauche deviennent mobiles à être expulsées, tandis que les molaires du même côté deviennent douloureuses.

Nous réélargissons alors les incisions externes existantes, faisons une

incision buccale le long du maxillaire gauche et procédons à l'avulsion de *la canine gauche, de la première et de la deuxième prémolaire gauche.* Nouvelle défervescence de la température.

Le 21 *janvier*, troisième épisode de l'affection : nouvelle poussée inflammatoire, nouvelle tuméfaction des téguments, nouvelle douleur spontanée ; nouvelle intervention.

Nous réélargissons à l'aide d'une pince de Kocher les incisions pratiquées précédemment et procédons à l'avulsion des dents ébranlées, c'est-à-dire *deux molaires gauches : la première et la deuxième ; à droite, la première et la deuxième prémolaires, ainsi que la dent de six ans.* Un léger curettage de la région amène quantité de séquestres.

La température reprend sa courbe normale, l'état général s'améliore et, le 25 janvier, notre jeune malade quitte le service venant se faire panser trois fois par semaine : il élimine par voie buccale de nombreux séquestres.

Le 6 février, petit ostéophlegmon, bien limité au niveau de la région mentonnière et incisé sous chlorure d'éthyle local.

Le 15 février, la suppuration buccale continue abondante. Il s'échappe également en abondance des mucosités purulentes par les différentes incisions qui n'ont guère tendance à se cicatriser, le stylet permet de sentir de nombreux séquestres plus ou moins volumineux, plus ou moins mobiles, aussi décide-t-on de curetter toute cette région.

Le malade étant de nouveau entré au pavillon Isambert, sous anesthésie générale chloroformique, il est procédé, par le Dr Bonnet-Roy, à un curettage de ce maxillaire par voie buccale, lequel montre une région plus particulièrement nécrosée, c'est-à-dire la partie antérieure du maxillaire où à ce niveau il n'existe guère que le bord inférieur de ce maxillaire ; on termine l'opération par le curettage des fistules cutanées.

Les suites opératoires sont normales ; les jours qui suivent, l'élimination des séquestres diminue, les fistules cutanées se tarissent et, le 20 juin, nous sommes en présence d'un sujet qui a repris ses occupations, son état général est bon. Extérieurement, dans la région sus-hyoïdienne nous constatons la présence de cinq cicatrices répondant aux incisions pratiquées successivement.

Une seule, à droite, laisse encore suinter en très petite quantité, quelque sérosité. Examinons la cavité buccale : le maxillaire supérieur a une denture superbe.

Au maxillaire inférieur, subsiste seule une dent, la dent de douze ans du côté droit.

Signalons à gauche, une dent de sagesse en évolution, signalons également la présence de deux très petites fistules buccales au niveau de la région médiane.

Résumons notre observation :

Nous pensons avoir eu affaire à une ostéite diffuse nécrosante aiguë (d'une ostéomyélite du maxillaire inférieur) ayant débuté chez un jeune homme de 19 ans, ayant évolué en trois phases et ayant entraîné la perte de treize dents d'apparence saine.

Nous avons éliminé tous les autres diagnostics, nous attachant à en éliminer tout spécialement deux : une ostéite tuberculeuse, et surtout une ostéite syphilitique.

Le syphilome diffus du maxillaire inférieur est souvent comparable à ce que nous avons décrit, mais, en général, la syphilis évolue plus lentement, elle s'accompagne rarement d'une température si élevée et de phénomènes généraux si intenses. En tout cas, le B. W. est positif, on trouve au moins des symptômes héréditaires ou personnels.

Or, dans le cas qui nous occupe, nous n'avons aucun passé pathologique personnel ou héréditaire. Notre malade a eu, dans son enfance, deux affections : le croup, la rougeole. Son père est mort accidentellement, âgé de 50 ans, n'ayant jamais eu de maladies graves. Sa mère, âgée de 50 ans, jouit d'une excellente santé, ainsi qu'un frère de 24 ans et une sœur de 12 ans.

Nous avons fait une prise de sang au malade après réactivation. Le Wassermann s'est montré négatif.

***

Si nous avons rapporté cette observation, ce n'est pas tant pour la forme grave de l'affection (le Prof. Sebileau a rapporté l'observation d'un malade ayant éliminé presque spontanément son maxillaire inférieur) que pour essayer d'étudier l'étiologie de ce cas particulier.

Nous avons eu affaire à une ostéite diffuse nécrosante aiguë du maxillaire inférieur, ostéomyélite du bord du maxillaire surtout, il ne semble pas que l'évolution des dents de sagesse puisse être mise en cause, puisque, dans l'affection, le point de départ et le maximum d'intensité des lésions semblent avoir porté sur la région centrale du maxillaire.

Et maintenant, est-ce le coup reçu sur le maxillaire qui puisse être le seul responsable de l'affection ?

Nous avons insisté sur le fait que notre jeune patient trouve une cause à tous ses malheurs. Il est tombé sur le menton et c'était durant les heures de travail et à l'occasion de son travail, d'où procès intenté à la Compagnie d'assurances si elle se refusait à solder

frais et indemnité. Des experts ont été nommés : ignorant leurs conclusions, nous ne voudrions en aucun cas prendre parti, sachant qu'ils sauront statuer en toute justice.

Peut-on admettre que le choc ait déterminé l'affection ? Je ne parle pas de la possibilité d'une fracture qui fut tout de suite éliminée ; ou bien on aurait eu affaire à une plaie du menton qui, grâce à un choc reçu dans l'escalier très sale, se serait infectée, aurait déterminé un furoncle, lequel aurait été le point de départ de l'affection, ou bien le choc aurait été si violent (et là la saleté de l'escalier n'y aurait été pour rien) qu'il aurait entraîné une mortification pulpaire, laquelle aurait été la cause initiale de l'ostéite diffuse.

Dans un cas comme dans l'autre, il nous semble que le point de départ des symptômes locaux et généraux a succédé trop rapidement au choc pour que celui-ci puisse être incriminé, moins de vingt-quatre heures.

Le choc, le coup est trop souvent mis en cause par l'intéressé et nous nous permettons de rappeler à ce sujet le cas que nous avons pu observer tout dernièrement dans le service du Dr Bercher, au Val-de-Grâce.

Un jeune soldat, en jouant, avait reçu un coup de poing d'un de ses camarades sur la région mentonnière ; le soir même, il signalait une tuméfaction douloureuse de toute la région.

Quarante-huit heures après l'accident, il se présente avec une tuméfaction douloureuse considérable de la région mentonnière : le pus est sous la peau qui est amincie, rosée.

Du côté de la cavité buccale, nous voyons une tuméfaction comblant le sillon qui sépare la lèvre de l'arcade dentaire et en avant des incisives centrales : la centrale gauche est très légèrement plus jaune que les dents voisines, très légèrement douloureuse à la percussion.

Nous concluons à : ostéophlegmon, limité celui-là, à point de départ central gauche, diagnostic que vient confirmer la radiographie qui montre une dent à pulpe gangrenée et à foyer apical.

Mais, même problème que dans notre cas : le jeune soldat accusait le coup de poing comme étant la cause de tous ses maux ; il n'avait jamais été malade, il n'avait jamais eu le moindre abcès dentaire, son occlusion était parfaite, et pourtant ces accidents, développés moins de vingt-quatre heures après le choc, nous laissaient perplexes.

C'est alors que le Dr Bercher nous fît remarquer que ce jeune soldat pratiquait la boxe depuis de longues années, que depuis fort longtemps la pulpe de la dent était sans doute gangrenée et que, s'il ne signalait aucun accident dentaire, il portait au niveau du menton une légère cicatrice qu'il attribuait à l'incision d'un kyste, mais qui, certainement, était la trace d'un ostéophlegmon déjà incisé.

Dans le cas qui nous occupe, nous n'avons trouvé absolument rien, pas de trace de malocclusion dentaire, pas de trace d'ancien ostéophlegmon. Faut-il conclure que pourtant il existait une ou plusieurs dents à pulpes gangrenées ?

Faut-il conclure que le même choc provoqué dans le même escalier sur un individu normal n'aurait produit tout au plus qu'une simple ecchymose, une minime éraillure ? Peut-être.

Le choc pourtant semble avoir ici eu un rôle : celui du premier symptôme de l'affection, peut-être même le point de départ de cette même affection ; de même que c'est l'amorce qui met le feu à la poudre, de même le choc aurait été la cause de cette ostéite diffuse nécrosante aiguë, de cette terrible affection et rien ici ne pourrait nous prouver le contraire ?

Il y a une question de terrain, mais celui-ci ne saurait suffire : il faut une cause déterminante : ici, le choc, la chute aurait été cette cause déterminante.

(V. Discussion, p. 652).

LES DENTS DE TOMMY TUCKER

Film de Thos B. Mc. Crum, présenté à la Semaine Odontologique

Par le Dr Bouland,

Chirurgien-dentiste

616.314 c33

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de présenter à la profession des films d'hygiène dentaire.

Notre confrère, M. Crum, de Kansas City, a bien voulu nous confier son film *Tommy Tucker* et nous autoriser à en faire une adaptation en français.

Ce film d'environ 200 *mètres*, dont la projection est faite en quinze minutes, est destiné à instruire les enfants en les amusant.

En voici, résumé, le scénario :

Des enfants, garçons et filles, sont groupés autour de leur institutrice qui va leur conter une histoire.

Cette histoire est celle de deux petits garçons, Tommy et Jim. Ils avaient le même âge, fréquentaient la même école et étaient inséparables compagnons de jeu.

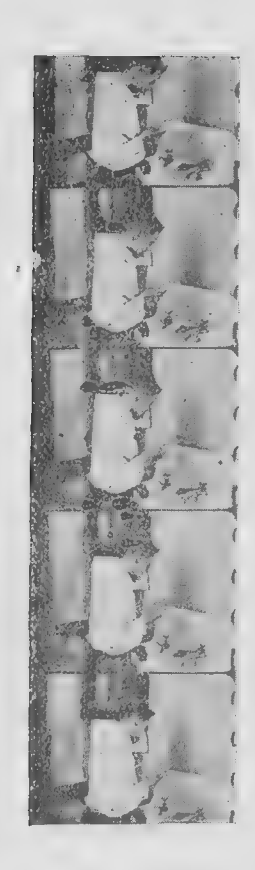
Tommy était un grand et beau garçon, bien peigné, toujours propre et qui en particulier n'oubliait pas de se laver, mains, visage et dents avant d'aller à l'école. Jim au contraire ne prend guère soin de lui-même ; il avait un peu peur de l'eau et il pensait que se brosser les dents, c'était du temps perdu et besogne de petite fille. Nos deux personnages défilent sur l'écran, on voit quel soin prend Tommy de sa toilette et comment Jim l'a vite terminée.

Après ce préambule, l'éducatrice expose à ses petits auditeurs — et les spectateurs qui dans la salle suivent la scène sur l'écran, en font leur profit — pourquoi il faut prendre soin de ses dents. Pour ne pas avoir mal tout d'abord, et nous voyons le pauvre Jim en proie à des rages de dents qui le rendent malade, le font manquer l'école et l'empêchent de prendre part aux jeux de ses camarades.

Mauvaises dents, mauvaise digestion, mauvaise nutrition.

Nous assistons à un examen médical à l'école.

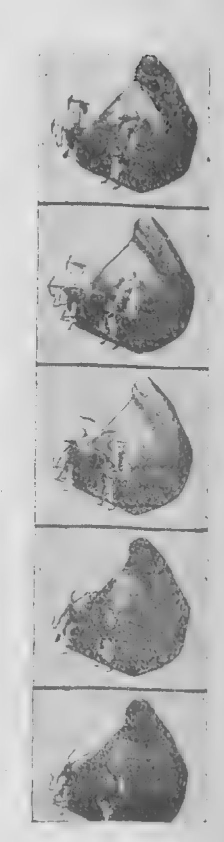
Tommy est en bonne santé avec de belles dents bien propres et saines; Jim est chétif et n'a pas le poids normal des autres enfants de son âge.



Tommy prend soin de ses dents



Jim a bien mal



Les démons de la carie.

Quel contraste encore entre Tommy et Jim, lorsqu'on les regarde dans la rue : l'un est propre, alerte, gai : l'autre se présente mal, est pâle, triste ?

Le temps de l'école est terminé et nos deux jeunes gens cherchent un emploi.

Une place est libre chez un industriel, ils se présentent tous deux. La bonne apparence de Tommy avec des dents propres et saines, s'opposant aux dents malpropres et cariées de Jim, lui fait donner la préférence... L'industriel cependant est un brave homme et explique à Jim que son aspect négligé fait penser qu'il sera un mauvais employé. Jim est profondément touché par les fermes et paternelles observations reçues, il se promet de devenir un jeune homme soigneux et il se décide à aller voir un dentiste. Quelque

temps après, les dents propres, ses vêtements soignés, il se présente chez le patron de Tommy et obtient à son tour un emploi.

Histoire simple, contée sans longueurs inutiles et de nature à retenir l'attention des enfants et à frapper leur imagination mise en éveil par les aventures de Tommy et de Jim.

Ajoutons que des scènes empruntées à la vie familiale et des schémas animés où interviennent des démons fantastiques montrent comment se produit la carie et comment s'ensuivent la douleur et la perte des dents.

D'autres schémas indiquent comment doivent être brossées les dents au moins chaque matin et chaque soir.

Nous sommes heureux d'avoir pu présenter à nos confrères ce film qui, à notre avis, est le meilleur de tous ceux que nous avons eu le plaisir de préparer ou de présenter en France jusqu'à ce jour.

FAITS CLINIQUES

DE L'INOPPORTUNITÉ DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE PRÉCOCE PAR VOIE CUTANÉE DANS LES ABCÈS DENTAIRES

Par le Dr ELDAD de Medonça,

Chirurgien-dentiste,

Ex-Chef de Clinique dentaire de l'Hôpital militaire de Bitoly

Rien n'est plus désagréable et malheureux à la fois, que de mutiler pour toujours, et cela dans une partie du corps où le moindre coup de bistouri reste visible à jamais, un patient qui a eu la disgrâce, pour l'appeler ainsi, d'avoir une dent cariée.

Plusieurs cas, et qui sont très fréquents malheureusement ou heureusement comme vous voulez, se présentent à notre cabinet dentaire, où une dent, n'importe laquelle, est passée de la simple carie de l'émail à la gangrène pulpaire généralisée sans avoir provoqué aucun dérangement à son porteur, si ce n'est un agacement de peu d'importance provoqué par la béance du trou occasionné par la carie, ou très souvent aussi ce symptôme même fait défaut, la couronne de la dent restant intacte et la gangrène pulpaire survenant seulement à la suite d'une carie imperceptible, juste au collet ou plus haut un peu à la naissance des racines.

D'autres cas, un peu différents mais sujets à reproduire la même erreur, se présentent chez certains individus porteurs d'une ou plusieurs caries et qui souffrent en même temps de douleurs aiguës provoquées par une poussée anormale de la dent de sagesse.

Dans l'un ou l'autre de ces deux cas mentionnés, presque toujours un abcès survient, à la suite de douleurs vives de durée plus ou moins variable selon le sujet, l'emplacement de la dent, etc., qui neuf cas sur dix s'ouvrira fatalement à la gencive et au-dessus pour le maxillaire supérieur ou au-dessous pour l'inférieur de la dent malade. La proportion des cas à évolution normale dont je parle, resterait inchangée même si aucune intervention médicale (émollients) n'intervenait pendant ce temps pour accélérer l'accumulation du pus et son évacuation. Il n'en est pas toujours ainsi car le patient tente, le plus souvent avant de consulter le médecin, d'employer tous les procédés plus ou moins vulgaires, connus du peuple, afin de trouver un soulagement.

Devant un phlegmon de la joue, la première idée qui assaille le malade c'est celle d'y appliquer des compresses ou des cataplasmes. Ceci est si naturel à concevoir que tout le monde trouve cela très logique, et de cette façon on donne toutes les facilités possibles au pus de s'ouvrir un passage

à travers la joue, si bien qu'au bout de quelques jours il se forme une fistule qui, gâtant l'esthétique de la figure, causera un tas d'ennuis et se prolongera jusqu'à ce qu'il ne vienne chez un stomatologue, qui devra, avant d'entreprendre quoique cela soit, procéder à l'extraction immédiate de la dent en cause. D'ordinaire cette seule opération et quelques injections d'un antiseptique dans le trajet fistuleux amènent la guérison rapide et complète. Cependant, on verra longtemps une cicatrice à la place de la fistule.

Par contre et cela arrive souvent, des complications surgissent et une intervention chirurgicale devient nécessaire, amenant comme résultat final une large cicatrise en rapport direct avec la gravité du cas, mais, je veux essayer de démontrer qu'il est très possible de prévenir les complications de ce genre, en éclairant un peu le public, d'une part, et en implorant, d'autre part, un peu plus d'attention du côté du médecin, dans des circonstances pareilles. De cette façon on arriverait, sinon à les éviter complètement, du moins à les rendre moins fréquentes.

Combien de fois il m'est arrivé de voir des confrères recommander des pansements humides et des cataplasmes pour un abcès dentaire, qui, je le répète, abandonné à lui-même, s'ouvrirait à la gencive, mais qui aidé par les cataplasmes prescrits par ces derniers a fait irruption à la joue ? Combien de fois encore ai-je eu à constater avec étonnement que le médecin après un examen léger a conseillé pour un simple abcès dentaire, le traitement de l'érysipèle, condamnant son malade à une isolation complète, etc. soit par les préjugés du public (l'idée du danger de l'extraction en cas de phlegmon de la joue n'est pas encore disparue), soit par le diagnostic superficiel du médecin, le patient est directement conduit au bistouri comme un condamné à l'échafaud !

— Bien plus grave encore est l'intervention intempestive du chirurgien. Chez nous, par exemple, grand est le pouvoir de ce dernier et il s'imagine que son bistouri lui donne droit de se mêler impunément dans n'importe quelle branche et spécialité de la médecine. Ainsi donc il se hâte d'opérer un abcès dentaire, évidemment à travers la joue, sans s'occuper du stomatologue qui, dans un cas pareil, aurait pu intervenir plus heureusement que lui. Voilà donc une foule d'estropiés et de défigurés, et ce qui est impardonnable pour une moindre cause !

— Voici un exemple : M. P., employé des chemins de fer, se présente chez moi avec un phlegmon circonscrit de la joue, ayant pour cause initiale la gangrène pulpaire de la dent de six ans, supérieure gauche. Étant donné l'impossibilité de traitement vu les déplacements continuels du client, je lui conseille l'extraction pure et simple de la dent en question. Pour une raison ou pour une autre il n'accepte pas, désirant attendre en vue de cette procédure, la disparition complète des phénomènes. Quelques jours plus tard, les douleurs ainsi que le gonflement s'étant aggravés,

il se présente à l'hôpital civil où il est opéré. L'opération réussit à merveille et le patient quelques jours plus tard a peu près guéri, reprenait son travail, mais quel ne fut son étonnement quand une quinzaine de jours plus tard, il remarqua que la plaie s'était réouverte et que du pus suintait à travers l'orifice un peu tuméfié. Il retourna à l'hôpital où l'on procéda au drainage du pus, enfin pour être bref, cela se répéta ainsi à plusieurs reprises. Il retourna en dernier lieu chez moi où l'extraction de cette malencontreuse dent le sauva définitivement. Les divers traitements chirurgicaux lui ont laissé une large et dégoûtante cicatrice qu'il aurait pu éviter facilement si, dès le premier moment, il avait commencé par où il a fini...

Une jeune demoiselle de 18 ans, Mlle B..., va se faire extraire une dent chez un dentiste (deuxième prémolaire supérieure gauche). La joue est gonflée jusqu'au niveau de l'œil qui s'ouvre avec difficulté. La nuit précédente, elle a appliqué des compresses constamment renouvelées imbibées d'une pâte obtenue avec un mélange d'amidon, d'oignons moulus et d'eau. On procède à l'extraction immédiate de la dent en cause et on lui prescrit des gargarismes, tout en lui recommandant spécialement d'arrêter les fameuses compresses. On lui prescrit du Veramone pour calmer les douleurs et les parents de la malade sont priés de revenir le lendemain donner des nouvelles de celle-ci.

Pendant la nuit les douleurs s'étant renouvelées, des compresses d'un autre genre furent appliquées malgré l'avertissement du dentiste. Les parents de la malade viennent le jour suivant chez ce dernier lui raconter comme quoi ils ont été obligés de recourir de nouveau aux compresses pour la calmer un peu. Enfin, comme résultat final et inévitable, l'abcès s'ouvre à la joue. Voilà notre patiente obligée de recourir aux moyens chirurgicaux. Elle subit l'opération. On lui enlève un séquestre et elle reste déformée et défigurée par sa propre faute et son ignorance.

Mais ce n'est pas tout. Se basant sur le fait bien connu, et qui consiste à croire que l'avulsion de la dent n'aurait pas dû être faite pendant la période de tuméfaction, elle intente un procès au dentiste, l'accusant d'être la cause unique de tous les maux, pour l'obliger à payer les frais occasionnés par l'intervention chirurgicale, devenue indispensable. Cela va sans dire qu'ils ont échoué, mais ça n'empêche pas que pour ceux qui sont convaincus du danger de l'extraction d'une dent qui a provoqué un abcès, le dentiste reste le seul coupable ! Sic !

— Dernièrement, M. M., de P., 25 ans, venait me trouver pour se faire arracher la deuxième grosse molaire inférieure gauche, traitée longtemps, sans résultat, par un médecin dentiste de cette ville. La dent était fort bien soignée, les canaux bien traités, et ne présentait aucun signe d'arthrite alvéolo-dentaire. D'ailleurs, il s'agissait d'une carie du troisième degré et la dévitalisation de la pulpe avait été faite à l'aide de

l'acide arsénieux. Le patient se plaignait de fortes douleurs et exigeait à tout prix l'extraction.

M. M..., devant retourner le soir même, il ne me restait pas du temps pour étudier la question et je pratiquai l'extraction demandée.

De retour chez lui, le malade s'aperçoit que les douleurs loin de diminuer continuent toujours de plus bel. Bref, deux jours après, la joue se tuméfie, les douleurs continuent, un chirurgien s'empresse de l'opérer. Du pus s'écoule, mais rare, et la plaie se referme après un mois de traitement, mais, les douleurs recommencent. Finalement, M. M... se présente de nouveau chez moi, mais je ne puis le reconnaître tant il avait changé. Il me raconta toute son histoire. Je compris immédiatement, et l'examen buccal me le confirma, la portée de sa faute. Derrière la dent de douze ans et latéralement on voyait distinctement un bout de la dent de sagesse baignée dans du pus !

De tout ce qui précède, il résulte que pour des raisons futiles et impardonnables, imprudence, faux diagnostic, superstition, ou ignorance, bien des malheureux restent défigurés pour toujours.

Donc, il est de grande nécessité que le médecin traitant ou le chirgien, dirigent les cas de ce genre chez le stomatologue spécialiste ou le chirurgien-dentiste, seuls compétents dans leur spécialité. Ces derniers jugeront de concert avec les premiers sur la nécessité ou non de l'intervention chirurgicale et il ne sera procédé ainsi qu'au cas où il sera constaté que cette dernière est indispensable et inévitable.

D'autre part, il est de grande importance, d'éclairer le public sur le danger qu'il y a, à ne pas consulter de suite le spécialiste en cas d'abcès de la joue, et à employer, sans l'autorisation de celui-ci, des compresses ou cataplasmes excessivement dangereux, quand on les emploie à tort et à travers.

Surtout, il faut que le public comprenne que le danger n'est pas dans l'extraction de la dent, jugée nécessaire par le spécialiste, mais bien dans la conservation inutile de celle-ci, conservation qui, loin d'être favorable à l'évolution normale de l'abcès dentaire, devient nuisible et dangereuse, et contribue énormément à son issue fatale : celle de la défiguration.

REVUE ANALYTIQUE

CADENAT. — ***Un accident de l'extraction de la dent de sagesse supérieure : la fracture de la pyramide.***

Il peut arriver qu'en extrayant la dent de sagesse supérieure, extraction qui est en général facile, l'opérateur entraîne, sans effort, en même temps que la dent, une partie plus ou moins importante de la tubérosité postérieure du maxillaire. Cet accident, qui n'est pas exceptionnel, a deux causes principales : la raréfaction de l'os par une ostéite chronique suppurée ayant pour origine la racine de l'une des trois dents molaires ou dans certains cas une vacuolisation anormale de l'os par extension vers l'arrière du sinus maxillaire.

Dans ces cas, la pyramide, complètement évidée, n'est plus représentée que par une lamelle osseuse transparente qui se moule sur les racines des différentes dents. Il s'agit dans ce cas d'une pneumatisation exceptionnelle de la mâchoire supérieure.

La pièce que M. Cadenat présente au nom d'un de ses confrères se rapporte au second type et l'on peut voir que l'opérateur a entraîné, en même temps que la dent de sagesse, toute une portion de la pyramide. Il y a également chez le patient une sinusite maxillaire entretenue par l'infection de la dent de six ans et cette fracture a eu sur la sinusite un excellent effet, celui de lui assurer un drainage déclive et large.

(*Société de Chirurgie de Toulouse*, 28 juillet 1929).

OPPENOT (Th.). — ***Contribution à l'étude du p H salivaire.***

Dans cet intéressant ouvrage, basé sur des recherches expérimentales conduites d'une façon très minutieuse, Mme Oppenot reprend l'étude du milieu buccal, du p H salivaire. Après avoir rappelé les données générales sur le p H et indiqué la méthode de recherche du p H dans la salive, elle arrive aux conclusions suivantes : La salive est normalement légèrement acide biologiquement (p H compris entre 6,8 et 7).

Il y a acidose salivaire (p H $<$ 7) dans toutes les suppurations buccales, probablement par lyse microbienne, et dans tous les états fébriles, probablement par élimination de déchets acides par insuffisance du filtre rénal.

Il y a alcalose salivaire (p H $>$ 7) dans les gingivo-stomatites, dans les gingivites tartriques, dans la lithiase salivaire.

La tuberculose provoque une alcalose salivaire parallèle à l'alcalose sanguine, sauf lorsqu'elle est fébrile.

Pas de modifications notables dans la grossesse et le diabète.

Le développement des streptocoques et des coli-bacilles nécessite une légère acidose, celui des staphylocoques et des pneumocoques une légère alcalose. Le bacille de Koch a un p H maximum entre 6,8 et 7,2.

La discussion reste toujours ouverte sur le rôle du milieu buccal dans la carie. Or, la polycarie n'est pas influencée par l'alcalose ou l'acidose salivaire.

Par contre, l'activité de la ptyaline est maxima si le p H salivaire est normal ; elle baisse considérablement dès qu'il y a alcalose ou acidose. Cette déficience entraîne un excès d'hydrates de carbone non réduits qui est peut-être susceptible de favoriser le développement de la carie.

(*Thèse de Paris*, 1929).

KLOTZ. — ***Les accidents mortels de l'anesthésie locale.***

M. A. Klotz, dans sa thèse inspirée par le Dr Canuyt, étudie, à l'aide de nouveaux documents, cette question qui est à l'ordre du jour.

Voici les conclusions :

1° Toute anesthésie, locale ou générale, consiste à introduire un poison dans l'organisme et comporte, par conséquent, un risque d'intoxication.

2° Les accidents mortels en anesthésie locale sont rares en comparaison de la fréquence de son emploi. Ils paraissent moins fréquents que ceux de l'anesthésie générale, et même de la rachi-anesthésie.

3° L'intoxication peut être compliquée dans la plupart des cas par l'hyperdosage, la concentration excessive, l'introduction de l'anesthésique dans une veine ou dans les méninges, ou par l'état organique et psychique des malades. Il existe, en outre, chez l'homme et chez les animaux de laboratoire, des différences individuelles dans la sensibilité à l'anesthésique.

4° Dans les accidents mortels, la forme convulsive est la plus habituelle. Elle reproduit très exactement l'image de l'intoxication par les anesthésiques locaux chez les animaux de laboratoire.

5° La mort survient généralement par paralysie respiratoire suivie d'arrêt du cœur. Cette paralysie respiratoire constitue, dans certains cas, le symptôme principal.

6° On observe en outre une forme foudroyante sans convulsions, une forme comateuse et une forme caractérisée par une syncope tardive. Dans ces cas, l'anesthésie locale n'a souvent joué qu'un rôle accessoire. Quelques-uns de ces cas sont dus à des doses excessives d'adrénaline.

7° Pour prévenir les accidents, il faut suivre une technique, rigoureuse et prudente, qui accorde une attention particulière à la dose, à la concentration, au rythme de l'administration, au dosage de l'adrénaline et à la qualité des produits.

8° La préparation des malades ne doit pas être négligée : elle sera adaptée aux cas particuliers.

9° L'accident une fois déclaré, il faut le combattre le plus possible. Les mesures susceptibles de soutenir et de stimuler la respiration sont les plus urgentes ; il faut également toujours soutenir le cœur.

10° L'anesthésie locale est la méthode de choix dans la plupart des interventions en oto-rhino-laryngologie, en stomatologie et en ophtalmologie. En raison des avantages qu'elle comporte, son emploi mérite d'être généralisé, sous réserve de certaines contre-indications.

(*Thèse de Strasbourg*, 1928).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Assemblée générale du 2 juillet 1929.

PRÉSIDENCE DU Dr BONNET-ROY.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — UN CAS D'OSTÉOMYÉLITE DIFFUSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR SECONDAIRE A UN TRAUMATISME, PAR LE Dr PIERRE PILLIÈRE DE TANOUARN.

M. le Dr P. Pillière de Tanouarn donne lecture de la communication (v. p. 637).

DISCUSSION.

M. le Dr Roy. — La chose semble tout à fait singulière ; les accidents ayant débuté le soir même du choc, la relation entre le traumatisme et les accidents observés paraît bien difficile à admettre. D'autre part, vous dites que toutes les dents étaient en bon état.

Il y a certainement des cas singuliers. C'est ainsi que j'ai vu un malade, non pas un jeune homme, mais un homme de 48 ans environ, qui avait une denture splendide, pas une dent cariée et qui a perdu toutes les dents de sa mâchoire inférieure un peu dans les mêmes conditions ; dans son cas on avait, au début, invoqué la pyorrhée, mais ce n'était certainement pas de la pyorrhée, car, quand je l'ai vu, il était en pleine évolution avec une tuméfaction mentonnière considérable ; toutes ses dents saines baignaient dans le pus ; mais aucune de ses dents de la mâchoire supérieure n'a été atteinte, et, comme votre malade, il a une denture superbe en haut. Il a perdu toutes ses dents du bas, son maxillaire a été rasé, et je vous avoue que dans le cas dont je vous parle je n'ai absolument rien pu trouver, rien qui puisse expliquer la genèse de cette ostéite totale de la mâchoire, ostéite qui intéressait uniquement le bord alvéolaire et très peu la partie basilaire. Il a eu consécutivement deux fistules mentonnières, mais ce n'étaient que des accessoires. Son maxillaire a été touché d'une façon considérable, il est extrêmement réduit de hauteur, mais il est resté très solide et porte maintenant un appareil. Comme chez votre malade, le contraste est très curieux entre cette mâchoire inférieure complètement dénudée et le maxillaire supérieur absolument parfait avec une denture superbe. J'ai fait faire des examens bactériologiques de ce malade ; il a été impossible de rien trouver de

particulier ; qui puisse mettre sur la piste. Ce sont des cas tout à fait troublants parce que impossible de trouver une cause.

M. H. Villain rapporte l'observation d'une ostéomyélite à la suite d'un coup de poing qui produisit une fracture du maxillaire inférieur.

M. le Président. — Je voudrais ajouter un mot sur cette affaire qui appartient à une espèce où le point de vue scientifique et le point de vue médico-légal ne se confondent pas toujours. Dans ce cas particulier, il nous est extrêmement difficile — comme le Dr Roy l'a dit — en présence d'un traumatisme suivi d'accidents infectieux aussi étendus que ceux dont a été victime ce petit malade, d'incriminer d'une façon certaine le traumatisme ; il est également impossible aussi de l'écarter délibérement.

Vous ne pouvez pas faire admettre, et même à un médecin, que chez un individu qui a reçu un coup de poing dans la mâchoire, et qui présente ensuite des phénomènes phlegmoneux, il n'y ait pas rapport de cause à effet entre ces deux accidents. Reste à nous à trouver le lien scientifique qui réunit les deux choses ; et il faut procéder par similitude. Si vous recevez un choc sur la cuisse il peut y avoir une minime érosion de la peau et il peut se développer un hématome intra-musculaire qui suppure ; vous trouvez cela tout naturel. Pourquoi trouverait-on extraordinaire qu'à la suite d'un choc, comme celui qu'a reçu ce malade, il puisse y avoir suppuration, étant donné qu'il est exceptionnel qu'un traumatisme portant sur la mâchoire n'intéresse pas, même d'une façon minime, le revêtement gingival ? Je ne crois pas avoir jamais vu de fracture du maxillaire inférieur par coup de pied de cheval ou coup de poing américain qui ne s'accompagne d'une petite fissure gingivale ; ceci est la porte d'entrée à l'infection. Qui contesterait qu'en faisant cette chute dans un escalier, ce jeune homme n'ait pu présenter une petite érosion par laquelle l'infection a pénétré ?

Je serais donc fort surpris que les experts qui ont eu à examiner ce blessé n'aient pas conclu en toute loyauté à un rapport de cause à effet entre le choc initial et les complications infectieuses secondaires.

Nous avons trop souvent à faire des réserves sur la responsabilité d'un traumatisme si souvent invoqué par les blessés, en matière de tuberculose ou de cancer, par exemple, pour ne pas l'admettre, au moins en partie, dans les cas d'accidents inflammatoires immédiats.

Pour en revenir à ce que disait M. Villain, il n'en reste pas moins qu'un homme était sur le bord de la route avec une mâchoire intacte, qu'il a reçu un coup de poing et que, consécutivement, il a présenté une ostéite et porte maintenant une pseudarthrose, ce qui est grave. Ce n'est pas parce que ses grands-parents étaient peut-être syphilitiques qu'il a eu ces accidents mandibulaires. Vous ne pourrez faire admettre ni à un juge ni même à un médecin que le coup de poing n'est pour rien dans les accidents qu'il a présentés.

Au point de vue médico-légal, les juges, à défaut des médecins, ont résolu la question et il nous est bien difficile de nous élever là contre. La solution est peut-être un peu simpliste, mais elle répond tout de même à la succession des phénomènes : un choc sur le menton, le soir, une tuméfaction, et dans les jours qui suivent, une ostéomyélite de la mâchoire. Qu'il y ait condamnation, c'est assez légitime. Voilà ce que je voulais ajouter, et je tiens à remercier le Dr Pillière de Tanouarn de nous avoir fait cette intéressante communication.

II. — Pyorrhée expérimentale et thérapeutique antipyorrhéique, par M. Hulin.

Suite de la discussion (V. n° 7, p. 528).

M. Hulin. — Je m'efforcerai d'être bref et aussi clair que le permettra mon sujet, mais je dois tout d'abord, avant de répondre à M. le Dr Roy, avant d'entrer dans le vif de la discussion, lui affirmer toute ma bonne foi et lui dire que les efforts d'impartialité que j'ai faits au cours de mon travail ne m'ont peut-être pas mis à l'abri de toute critique.

J'ai pu être absolu, comme vous me le reprochez : cela montre ma conviction profonde ; or, je sais mieux que quiconque qu'en matière scientifique surtout rien n'est absolu. Et pourtant, malgré cela, lorsque je dissèque le mécanisme biologique et pathologique que j'ai invoqué, je ne puis m'empêcher de dire qu'il ne peut pas en être autrement.

J'ai pu omettre des citations d'auteurs ou ne pas développer certains autres ; j'ai pu dire « tous les auteurs admettent que », alors que vous, M. Roy, vous avez soutenu seul cette idée pendant longtemps.

J'ai pu dire « jusqu'à nos jours le traitement général n'a pas été institué », je voulais dire « le traitement spécifique ».

Mais il est une chose que je n'ai jamais voulu faire, jamais voulu dire, c'est un mot, une phrase quelconque, qui puisse porter atteinte à la propriété intellectuelle d'autrui.

J'ai pu commettre des erreurs ou des omissions de détail, je puis vous affirmer que je ne les ai jamais commises avec intention.

Je m'excuse auprès de la Société, je serai obligé de discuter ce soir quelquefois sur la valeur d'un mot : il faut que je réponde à l'argumentation de M. le Dr Roy.

1° Le Dr Roy dit :

« Je considère la lésion initiale de la pyorrhée alvéolaire comme une « résorption alvéolaire sénile précoce de cause générale, avec des causes « locales surajoutées, je fais de cette maladie une maladie autonome « rattachée à l'arthritisme. »

Il est évident qu'il faut à M. Roy une autonomie dans l'arthritisme, puisque tous les arthritiques ne sont pas pyorrhéiques.

Mais quelle est donc cette subdivision de l'arthritisme constituant « la maladie » ? De quelle nature est cette maladie autonome ? Une lumière pleine et entière serait désirable, lumière éclairant d'un jour net, indiscutable, les limites de cet état. M. Roy ne le définit pas.

2° Le Dr Roy dit :

« *M. Hulin*, dans son étude, reconnaît que la pyorrhée est de cause « générale ».

Or, j'ai dit, en d'autres termes :

« La pyorrhée est une maladie locale, à facteurs déterminants *locaux* « et *généraux* ou généraux et locaux ».

Pour que la pyorrhée s'installe, *il faut* :

1° Un état général sensible aux albumines hétérogènes ;

2° Un état local à forme *nécrobiotique insidieuse*, dû à la rencontre *in situ* des colloïdes hétérogènes.

Ces deux états { *général*, qui permet ; *local*, qui déclanche.

déterminent un locus minoris resistentiæ, favorisant l'infection microbienne aux aguets, et provoquant l'apparition de tous les épiphénomènes surajoutés.

M. Roy dit à propos de l'identification de l'arthritisme à un état *d'instabilité humorale* :

« Mais je vous avoue que je ne me reconnais pas le droit à l'heure « actuelle de me prononcer sur cette très grosse question. Mon excellent « confrère Julien Tellier, dont on ne saurait trop rappeler la remarquable « étude publiée autrefois sur la pyorrhée, concluait ainsi à la suite d'une « importante discussion qui a suivi un résumé du travail de M. Hulin « présenté récemment à Lyon : « Pour les interprétations, la prudence « commande d'attendre l'acquisition de notions nouvelles ». Je ne puis « que me rallier pour l'instant à cette opinion autorisée. »

Et je dis, moi, que c'est bien dommage, car j'eusse aimé discuter sur ce qui fait l'architecture de mon travail, ce qui en est la base et en fait l'originalité.

Beaucoup d'auteurs ont parlé de la pyorrhée, aucun n'a vu le rapport existant entre les lésions d'attaque microbienne et les perturbations colloïdales du milieu ; je le dis avec regret, j'eusse aimé discuter ce qui fait le fond de mon travail et fera le fond des suivants ; car tout le problème est là, la connaissance des lois biologiques qui président à l'état normal des individus, puis la connaissance des perturbations de ces lois menant à l'état pathologique !

M. Roy me dit que j'exagère ; que tous les auteurs n'admettent pas, comme je l'ai dit, une cause générale à l'établissement de la pyorrhée. Je

veux bien ajouter, si cela fait plaisir à M. Roy, « presque tous les auteurs », quoique depuis Galippe et Malassez, un grand nombre d'auteurs l'aient admis.

M. Roy admet qu'une cause générale est nécessaire à l'évolution de la maladie « pour déclancher la pyorrhée alvéolaire », car elle se produit, dit-il, « à un moment donné de l'existence des individus ».

Evidemment, ce déclanchement survient dès que des substances albuminoïdes hétérogènes ont sensibilisé l'organisme, et dès que ces mêmes substances sont remises au contact des tissus.

M. Roy dit ensuite : « Malheureusement, il faut bien le dire, le moment « de ce déclanchement échappe à notre observation. »

C'est bien évident, ce sont des lésions cellulo-humorales, et rien ne les décèle à l'œil. Et c'est là déjà pour moi la lésion initiale qui ne peut être décelée que par des réactions biologiques dangereuses et non à l'aide de notre œil ou à l'aide de nos instruments !

M. Roy dit : « Que l'on a donné une importance prépondérante à la « suppuration, c'est-à-dire au phénomène qui, en réalité, est peut-être le « moins important de la pyorrhée alvéolaire ».

Pour ma part, je n'ai pas dit que la suppuration a une importance prépondérante, j'ai dit que, pour qu'il y ait une pyorrhée clinique dont le diagnostic puisse être posé par n'importe quel praticien, il fallait que cette suppuration existât, qu'elle était le signe certain, absolu, d'une pyorrhée.

Et la preuve que vous donnez une grosse importance à la suppuration, M. Roy, c'est que vous avez prévu un traitement radical dirigé essentiellement contre elle : la destruction des clapiers, et que vous n'avez prévu aucun traitement pour les autres formes que vous admettez : forme sèche, résorption des maxillaires.

Sur la lésion initiale, M. Roy n'est pas d'accord avec moi. Pourquoi ?

Il la place dans la résorption alvéolaire (due à une sénilité précoce). De quelle origine est cette sénilité précoce ? Il ne nous le dit pas... ? Puisqu'elle est précoce, elle n'est pas normale : il devrait nous en donner l'origine.

Moi je la place, cette lésion initiale, dans la gencive, *à la condition que cette gencive soit* implantée sur un individu dont les humeurs, sang, lymphe, etc..., soient sensibles à l'action des substances protéiques hétérogènes, dont ces humeurs ont déjà subi le contact.

Que nous apporte-t-il comme preuve de l'existence réelle de cette lésion primitive qu'il situe dans la résorption alvéolaire ? Les travaux de Gottlieb [1] ?... Ils contiennent des erreurs de base.

---

1. Une erreur de nom m'a fait dire Gottlieb au lieu de Hopewell au cours de la discussion.

Alors que reste-t-il ?...

Je vous apporte, d'autre part, la réalisation expérimentale de cette lésion d'attaque, puis la suite chronologique des désordres pathologiques obtenus par le mécanisme que je vous ai exposé.

M. Roy trouve que j'ai retiré « abusivement » les formes sèches de la pyorrhée de ma classification...

Je le regrette, *mais je le maintiens*. Il faut donner un cadre nosographique net, avec des caractères différentiels tels que la confusion ne puisse naître, ou que des interprétations abusives ne puissent être émises et laissées à la fantaisie de chacun.

Parlant du développement de la lésion initiale dans les bords alvéolaires, M. Roy voit dans la résorption inégale de ceux-ci la formation des culs-de-sac pyorrhéiques. Je ne crois pas, puisque l'on détermine des culs-de-sac expérimentalement sur un maxillaire de chien qui est primitivement sain, intact (Voyez radio), et qui se rétracte dès que la lésion locale s'est constituée à la faveur de l'état général réceptif.

M. Roy me dit que pour le traitement, « à part la désensibilisation », nous sommes complètement d'accord.

Mais M. Roy oublie que je place dans cette désensibilisation, qu'il néglige complaisamment, tout le traitement, que cette désensibilisation soit locale ou générale, mais malheureusement pour en discuter avec fruit, nous serions obligés de nous reporter à toutes ces théories nouvelles, qui ont tant de mal à se faire jour.

M. Roy revient ensuite sur les éliminations que j'ai faites, concernant cette forme de pyorrhée dite sèche, sans pus, sans culs-de-sac, uniquement pyorrhée parce que le rebord alvéolaire s'est rétracté, et dont il sera toujours impossible de diagnostiquer le sens (sénilité qui deviendra ou ne deviendra jamais pyorrhée). Or, j'ai déterminé, au début de mon travail, ce que j'entendais traiter dans ce travail : *la pyorrhée suppurante avec clapiers*, qui est la seule forme sur laquelle M. Roy lui-même applique un traitement, la seule forme diagnostiquée par tous sans efforts, et la seule forme justiciable d'un traitement.

M. Roy me dit que je ne veux pas admettre la pyorrhée sans culs-de-sac. Je réponds *non*, pour les raisons déjà énumérées. Et j'ajoute qu'il faut se montrer au contraire exclusif à ce sujet, car la confusion entre divers états est possible ; en admettant comme le fait M. Roy, toutes sortes d'atrophies osseuses, dérivant de causes diverses, comme étant des pyorrhées en herbe, on crée, on entretient la confusion dans les esprits !

M. Roy me dit, d'autre part : « Que je ne sais pas très bien m'y prendre » pour obtenir de mes patients un nettoyage parfait de leur bouche. C'est possible, mais je ne crois pas être le seul à avoir éprouvé cette difficulté auprès de patients pyorrhéiques. J'en prends la salle à témoin...

et j'invoque le témoignage de Galippe qui disait que les pyorrhéiques étaient des « gens à bouche sale ».

D'autre part, M. Roy m'accordera, en la matière, peut-être un peu d'autorité, et il pourrait peut-être faire sien, à son tour, le procédé suivant que je m'ingénie à répandre parmi les nombreux pyorrhéiques que je vois : Faites brosser les dents et gencives à vos patients en présence d'un sablier servant à cuire les œufs à la coque, un sablier de deux minutes vous serez certain, s'ils ne trichent pas, qu'ils se sont brossés le temps réglementaire.

J'en viens au traitement. M. Roy me dit que nous sommes d'accord, à part quelques petits points ; j'attire l'attention de l'auditoire sur ces points, pour les développer il nous faudrait au moins une heure.

Nos expériences n'ont pas été concluantes pour M. Roy...

Je le regrette infiniment, car de leur discussion eût peut-être jailli la lumière.

Malheureusement ces travaux, comme je le disais tout à l'heure, sont basés sur la connaissance approfondie de théories récentes, disons relativement récentes, pour ne plus être absolues, puisqu'elles existent depuis une dizaine d'années. Theories confirmées par des faits d'ailleurs, mais il est vrai, peut-être un peu arides à saisir, et que, comme le disait mon éminent contradicteur, seuls des pathologistes pourraient discuter avec fruit.

M. Roy me dit avoir prescrit depuis de longues années un traitement général. Je le sais, mais je n'ai rien trouvé dans son traitement qui puisse apporter une aide effective aux pyorrhéiques. De telles prescriptions sont faites depuis Galippe, qui y ajoutait même de bonnes choses. Hélas ! nous savons tous les résultats obtenus avec de telles prescriptions, puisque depuis il y a autant de pyorrhéiques.

Pour ce qui est de la dépulpation, je n'ai pas dit de dépulper dans les états prépyorrhéiques. Nous avons parlé de cette mesure à exécuter dans la pyorrhée déclarée et nous disions que :

Toute modification, si minime soit-elle, dans l'arrêt de la résorption, ne devrait pas être dédaignée, et ne serait-ce même que pour éviter les pulpites à retro, nous devions y avoir recours, à certain degré de la maladie, et je disais textuellement :

« A notre avis, toute dent présentant une lésion pyorrhéique du « 3e degré (lésion en profondeur), et même si le coefficient d'étendue « n'est que de UN, doit être dévitalisée aseptiquement et contenir à « l'intérieur un potentiel antiseptique suffisant pour opposer une barrière « mécanique et chimique à l'infection ascendante. »

Il n'a donc jamais été question de vouloir dévitaliser *toutes* les dents d'un pyorrhéique.

M. Roy accorde, de même que M. Fichot, une trop grande importance au facteur traumatisme. C'est que là encore M. Roy observe trop en clinicien et pas assez en biologiste.

Pour moi le traumatisme ne devient pathologique dans ses effets qu'à la période aiguë de la pyorrhée, aussi ai-je pu écrire récemment :

Sur ces désordres biologiques viennent se greffer des désordres d'origine purement physiques, telle l'action du traumatisme pathologique, qui s'organise et se développe à la faveur des facteurs précédents, ajoutant les modifications chimico-physiques qui lui sont propres aux phénomènes précités.

Car, ne l'oublions pas, et n'attribuons pas au facteur mécanique plus d'importance qu'il n'en a ; la fonction des organes dentaires étant la mastication, il semble au contraire que les mâchoires, d'après l'ordonnancement micellaire même, sont bâties pour recevoir les chocs ou pour les provoquer, et que nul tissu organique ne résiste mieux à cette forme de l'énergie.

Ne voyons-nous pas couramment des dents isolées recevoir des chocs de grande violence, disproportionnés à leur surface, et résister allégrement à ces chocs, sans que les phénomènes colloïdaux dont les tissus environnants sont le siège en soient modifiés dans le sens de la réversibilité colloïdale (transformation de l'os en collagène pur).

Nous savons, au contraire que la meilleure garantie de conservation d'un organe réside dans sa fonction même, et que c'est au contraire toute atteinte à cette fonction qui détermine son atrophie.

Or, nous savons tous, par expérience, que les pyorrhéiques mâchent mal sur la totalité de leur arcade dentaire.

Vous voyez par les lignes qui précèdent qu'au contraire nous *recommandons* une mastication intense sur toute l'arcade dentaire.

M. le Dr Roy. — Je ne veux pas abuser de votre patience, j'en ai abusé assez longuement dans la dernière séance. Je ne croyais pas, au cours de la longue argumentation que j'ai faite du travail de M. Hulin dans cette dernière séance, avoir mis quelque acrimonie dans mes paroles, comme on pourrait le penser à entendre sa réponse et je croyais lui avoir décerné une assez ample provision d'éloges pour lui montrer que mon argumentation n'avait rien d'agressif, il ne semble pas l'avoir pensé ainsi, passons. Il me faudrait, pour répondre à M. Hulin, reprendre tout ce que j'ai dit ; ce serait vraiment excessif. Je lui ferai remarquer toutefois, par exemple, que je ne sais pas comment il me lit, mais il vient de me dire tout à l'heure que j'ai cité Gottlieb pour justifier quelque point de mes travaux. Or, je n'ai jamais cité Gottlieb pour une bonne raison, c'est que celui-ci n'a publié son travail qu'après que j'ai publié le mien. Je suis donc tout à fait surpris de cette assertion et je lui demanderai de m'éclairer.

Il serait fastidieux de reprendre tous les autres points ; la réponse que M. Hulin vient de me faire ne change rien à tout ce que j'ai pu dire.

Il ne veut pas admettre de pyorrhée alvéolaire sans cul-de-sac et cependant, s'il traite des pyorrhéiques et fait disparaître leurs culs-de-sac, il se trouve bien en présence de pyorrhéiques qui ont de la résorption alvéolaire et n'ont plus de cul-de-sac. Or, il y a aussi des gens qui, par suite de leur hygiène préalable, ont de la résorption alvéolaire pyorrhéique et n'ont jamais eu de cul-de-sac ; il y a là une origine générale et non locale.

M. Hulin, je le constate une fois encore, me lit vraiment bien mal puisqu'il m'accuse d'accorder une importance prépondérante au traumatisme alors que, dans ma discussion de sa communication, dans la séance du mois dernier, j'ai précisément dit que j'étais très heureux d'avoir vu les critiques qu'il avait formulées contre la théorie de Fichot qui accorde ce rôle prépondérant au traumatisme, alors que je nie absolument cette étiologie.

Si M. Hulin avait lu sans parti pris ce que j'ai écrit, il aurait vu que je ne parle pas du traumatisme dans l'étiologie de la pyorrhée, mais que je parle du traumatisme comme cause aggravante de la pyorrhée, ce qui n'est pas du tout la même chose, puisque je fais de la pyorrhée une maladie de cause générale avec complications locales. Ces complications locales jouent un rôle considérable dans l'évolution de la pyorrhée et c'est ce qui fait que nous, dentistes, avons à intervenir, car si ces causes locales ne jouaient pas un rôle si considérable dans l'évolution de la pyorrhée, le dentiste n'aurait rien à faire et ce serait l'affaire du médecin. Or, ces causes locales ont une importance telle, aussi bien au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif, que c'est le traitement dentaire qui domine toute la situation. Le traitement médical que l'on pratique, celui que je pratique moi-même depuis plus de 15 ans, ne peut avoir qu'une action extrêmement lente puisqu'il se propose, dans la mesure de nos moyens, de modifier la constitution humorale des malades, tandis que le traitement local agit, au contraire, avec une rapidité beaucoup plus grande sur les lésions locales surajoutées, dont l'action se trouve prédominante dans ce que j'appelle la *période d'activité* de la maladie, celle dans laquelle il y a des culs-de-sac. C'est là la raison de l'importance primordiale du traitement local. Or, les traumatismes jouent un rôle adjuvant considérable et si le pyorrhéique mâche mal, c'est justement parce qu'il y a une rupture de la résistance articulaire des dents. Je regrette que M. Hulin ne se soit pas trouvé à ma clinique hier ; il aurait vu une malade que j'ai soignée à l'Ecole au mois d'octobre dernier et que je revoyais hier ; elle lui aurait dit qu'elle mâche admirablement de tout sans douleur et sans difficulté aucune alors qu'en octobre elle était dans l'impossibilité de mâcher quoi que ce soit sans des difficultés énormes et sans de très grosses douleurs. Or, cette malade avait des dents d'une mobilité considérable ; elle en avait auxquelles j'avais donné le coefficient de mobilité 5 sur 10, par conséquent, à moitié

extraites ; ces dents sont devenues complètement solides ou avec un coefficient de mobilité insignifiant. Il aurait pu voir que cette malade n'a plus actuellement, grâce au traitement que j'ai pratiqué, aucune de ses dents qui remue, quel que soit le mouvement qu'elle exécute, alors qu'auparavant, lorsqu'elle fermait la bouche en occlusion directe et lorsqu'elle effectuait les mouvements de diduction ou de propulsion de la mâchoire, toutes ses dents jouaient comme un clavier de piano.

Mais, encore une fois — et je ne saurais trop le répéter — il ne faudrait pas croire que le traitement de la pyorrhée consiste uniquement dans le rétablissement de l'équilibre articulaire ou dans la suppression du cul-de-sac. Le traitement de la pyorrhée alvéolaire est un traitement complexe qui doit s'adresser à la cause générale d'une part, et, d'autre part, à *tous* les symptômes que l'on observe au cours de la maladie. Voilà ce que je n'ai cessé de répéter : le traitement de la pyorrhée alvéolaire ne se pratique pas au moyen d'une panacée quelconque, c'est un traitement qui doit s'attaquer à tous les symptômes de la maladie ; et toutes les médications doivent concourir au traitement de la pyorrhée alvéolaire et, dans un nombre de cas assez important — si surtout la maladie n'est pas prise trop tardivement — à la guérison de la maladie.

Si la chose intéresse M. Hulin, je vais faire à l'Ecole, l'année prochaine, une clinique de pyorrhée ; il pourra voir les résultats que j'obtiens. Depuis longtemps je voudrais vous présenter des malades de pyorrhée ; mais ce n'est pas toujours commode le soir, on examine mal les malades, les explications peuvent être un peu longues ; ces démonstrations-là sont beaucoup plus faciles le matin au fauteuil d'opération. Dans ce nouveau service, qui aura lieu le jeudi matin, j'aurai occasion de montrer des résultats que je peux considérer comme remarquables, sans question de vanité. Les malades arrivent à mâcher sans aucune difficulté n'importe quel aliment. La malade, dont je vous parlais tout à l'heure, qui a la bouche très irrégulière avec les dents déviées, effectue, à l'heure actuelle, tous les mouvements d'occlusion directs ou indirects, de propulsion ou de diduction sans qu'aucune de ses dents remue. Obtenez ce résultat chez vos patients et vous leur aurez apporté non seulement un soulagement considérable, mais encore un élément énorme pour la guérison de la maladie. Vous ne guérirez jamais une dent pyorrhéique sur laquelle vous n'aurez pas fait disparaître ces ruptures d'équilibre articulaire ; mais encore une fois ce n'est là qu'un élément du traitement.

M. Hulin. — M. Roy me parle d'un pyorrhéique guéri qui n'a plus de culs-de-sac. Bien sûr, il y a de la résorption osseuse et il n'y a plus de culs-de-sac, puisque le traitement les lui a détruits. Il n'y en a plus à moins que, votre traitement « local » terminé, vous n'attendiez qu'il en fasse d'autre et il en fera si son organisme n'a pas été modifié

et si la stase de substances albumineuses apporte aux tissus gingivaux l'action déclanchante liée à leur nature colloïdale.

Pour le traumatisme, M. Fichot lui accorde une influence prépondérante totale ; M. Roy lui accorde une importance atténuée, c'est entendu, mais, à mon sens, encore trop importante.

Vous admettez, d'autre part, qu'il faut détruire les causes locales et traiter l'état général ; alors nous sommes d'accord sur tout, à part le lieu d'éclosion de la lésion initiale.

Au cours de la dernière discussion, j'ai prononcé le nom de Gottlieb, c'est Hopewell et Gottlieb que je voulais dire.

Voici d'ailleurs le passage de mon avant-dernier travail qui a été la raison de cette confusion de nom dans mon esprit :

M. Roy nous cite encore Hopewell-Smith, cet auteur dit en effet :

« La résorption de chaque procès alvéolaire des mâchoires est un fait commun, c'est la règle chez l'homme et chez les animaux. Plus l'individu est âgé, plus la fonte de l'os est considérable, avec la chute concomitante des dents qu'il supporte. »

M. Roy conseille à ses détracteurs de regarder par analogie et de comparer le processus de résorption sénile, et celui de la résorption pyorrhéique qu'offrent les préparations d'Hopewell Smith. Nous posons alors une question, tout dépend de l'âge du pyorrhéique, pour que nous puissions connaître ce qui est dû au processus normal de la sénilité imputable à l'âge et ce qui revient à la pyorrhée. Or, comme le constate M. Retterer, Hopewell Smith ne donne pas l'âge de ses malades ; il en est de même des pièces anatomiques présentées par Fleshman et Gottlieb et provenant de cadavres supposés pyorrhéiques ; ces auteurs, tout en affirmant que la résorption osseuse est la lésion primitive dans la pyorrhée, constatent néanmoins (dans le cas 5) que cette résorption n'est pas circulaire, puisqu'elle n'affecte que le côté lingual... D'autre part, dans toutes leurs préparations, ils constatent des lésions gingivales plus ou moins étendues, dans le cas 6, les papilles interdentaires sont entièrement transformées en tissu granuleux, ils n'en admettent pas moins que l'ostéolyse est le stade initial de la maladie, et il en est ainsi de même pour toutes leurs préparations.

Parlant ensuite pour commenter ce passage, M. Roy fit état dans sa discussion verbale de ces deux auteurs *Hopewell* et *Gottlieb*, ce qui motiva de ma part, au cours de cette dernière discussion du 2 juillet, la citation du nom de Gottlieb seul. C'est Hopewell et Gottlieb que j'eusse dû dire.

M. le Président. — Je remercie M. Hulin et M. Roy de leur intéressante discussion qu'ils continueront, si vous le voulez bien, sous une autre présidence au mois d'octobre prochain.

III. — L'ACIDE TRICHLORACÉTIQUE EN THÉRAPEUTIQUE BUCCO-DENTAIRE PAR LE Dr MARCEL DARCISSAC.

M. le Dr Darcissac donne lecture de la communication.

DISCUSSION.

M. le Dr Solas. — Je me suis servi assez souvent de l'acide trichloracétique comme anesthésiant, pour enlever de petits bouts de filets radiculaires ; il arrive très souvent que le tire-nerf sectionne le filet radiculaire, laissant toute la partie apicale, l'obturation d'un canal dans ces conditions risque d'occasionner des compressions avec la pâte et il en résulte une arthrite assez persistante.

L'acide trichloracétique permet d'insensibiliser le filet radiculaire et de poursuivre son extirpation complète.

M. Martinier. — J'ai écouté avec le plus vif intérêt la communication de M. Darcissac. En effet, je constate que notre thérapeutique, si compliquée, si minutieuse en ce qui concerne les traitements radiculaires, devient, avec la méthode qu'il préconise, d'une simplicité presque enfantine.

Nous avons discuté toutes les techniques possibles, en ce qui a trait à la dépulpation comme au traitement des dents infectées. Il semble que maintenant toutes ces méthodes plus ou moins compliquées aient vécu.

La pulpectomie aseptique, partielle ou totale, est réalisée, et cela avec un minimum de difficultés.

Au point de vue des dents infectées, je pense que M. Darcissac nous a rendu le plus grand des services en nous présentant sa communication. A l'Ecole, nous avons cherché pendant de nombreuses années à réaliser un service d'asepsie pour le traitement des canaux, et il faut bien constater, que nous n'avons pas obtenu complètement les résultats recherchés. Nous nous étions arrêtés à la méthode suivante : les mèches préparées à l'avance par les étudiants étaient placées dans des boîtes, scellées par une bande, et stérilisées ensuite à l'autoclave. Ces boîtes étaient ouvertes au moment de s'en servir. Cet ensemble de mesures devait tendre vers un meilleur état de choses. Mais tout cela nous apparaît bien compliqué, maintenant que nous avons appris quels immenses services peut nous rendre l'acide trichloracétique.

Je suis tout à fait heureux d'avoir entendu la communication de M. Darcissac, car désormais le traitement des canaux nous apparaît comme la chose la plus simple du monde.

Je me propose d'essayer cette méthode dans nos services, et comme je tiens M. Darcissac pour un praticien extrêmement consciencieux, je ne doute pas qu'il ne nous soit possible d'obtenir les excellents résultats qu'il nous a dit obtenir.

M. le Dr Darcissac. — Je confirme ce que disait tout à l'heure M. le Dr Solas relativement à l'action anesthésiante de l'acide trichloracétique sur les filets radiculaires. Je ne doute pas que l'expérimentation que se se propose de faire M. Martinier ne confirme ce que je viens d'avancer tout à l'heure. En somme, ce que je vous ai exposé est basé sur une expérience très grande et je ne l'ai avancé qu'après être certain moi-même des excellents résultats immédiats et éloignés de cette nouvelle technique.

M. le Présidenc. — Je suis certain d'être votre interprète en félicitant M. Darcissac et en le remerciant de sa brillante communication ; j'espère que l'année prochaine il reviendra nous en donner d'autres.

IV. — Rapport de M. le Dr Solas, secrétaire général.

M. le Dr Solas. — Je n'ai pas l'intention de vous faire un long rapport, tout au plus quelques réflexions de fin d'année.

Au moment de quitter le Secrétariat de la Société d'Odontologie et de passer le flambeau à un autre confrère, je ne veux que constater que notre Société est toujours prospère puisque nous avons atteint cette année et même dépassé le millième membre.

Le nombre des communications n'a cessé d'augmenter et c'est quelquefois une tâche délicate pour le Secrétaire de la Société que d'arriver à inscrire tous les confrères qui veulent bien nous donner des communications. Je m'excuse aujourd'hui vis-à-vis de ceux que j'ai pu quelquefois décevoir en ne les inscrivant pas immédiatement. Maintenant, on s'inscrit à la Société d'Odontologie deux, trois, quatre mois d'avance : c'est une belle preuve de la vitalité de notre Société, dont nous ne pouvons que nous féliciter mutuellement.

Les sujets les plus divers ont retenu votre attention. Nous avons entendu une conférence extrêmement intéressante touchant à la médecine générale du Dr Clément Simon, le traitement de la syphilis, c'est un A. B. C. que chacun de nous doit savoir de façon à pouvoir, dans son cabinet dentaire, donner des conseils judicieux et aiguiller les gens qui viennent nous consulter, vers des traitements qui sont actuellement mis au point d'une façon parfaite.

Nous avons entendu, grâce à notre Président qui a pu obtenir une collaboration très intéressante de ses collègues du service de M. le Prof. Sebileau, MM. Winter, Truffert, différentes conférences traitant de la pathologie buccale. Nous ne sommes pas étonnés de voir la maison de M. le Prof. Sebileau largement représentée ici ; il a été l'un des piliers de cette Ecole à son origine et continue à veiller de loin sur notre développement.

Le Dr Monod, chirurgien des hôpitaux, a cédé, lui aussi, aux aimables

instances de M. le Dr Bonnet-Roy et nous a vivement intéressés avec les ostéomyélites de l'enfance.

Nous avons eu également en chirurgie de la bouche, une remarquable communication de M. le Dr Bréchot avec M. Lebourg.

Je n'oublie pas les communications de M. le Dr Roy, notamment sur la pulpectomie coronaire ; il a décrit minutieusement cette technique qui a été l'objet de controverses plus ou moins passionnées ; il a judicieusement établi que ce n'est pas une panacée, qu'il ne faut pas se servir de la pulpectomie coronaire toujours et il a fait là une mise au point très intéressante. Il nous a intéressés également avec le compte rendu d'un abcès dentaire chronique à évolution tout à fait curieuse ; et enfin tous ceux qui suivent les travaux de la Société ont encore vu ce soir M. le Dr Roy s'occuper, comme depuis longtemps, de la pyorrhée alvéolaire. Je suis heureux d'annoncer qu'à partir du mois d'octobre prochain, M. le Dr Roy aura à l'Ecole dentaire de Paris un service de pyorrhée où chacun de nous pourra suivre les méthodes de traitement préconisées depuis longtemps par notre éminent collègue.

La médecine sociale a été évoquée par M. le Dr Even, dans une conférence documentée, qui a été reproduite dans beaucoup de périodiques dentaires et médicaux.

L'essai de classification de M. le Dr de Nevrezé a suscité aussi des controverses passionnées ; c'est dire l'intérêt du sujet et nous ne saurions trop le féliciter de s'être attelé à cette question de la morphologie dentaire, qui dépasse de beaucoup le cadre un peu limité de notre spécialité.

En orthodontie, nous avons eu M. le Dr Robin, apôtre infatigable d'une méthode qu'il défend avec ardeur.

M. Hulin et M. Roy nous ont fait voir qu'à la Société d'Odontologie on n'oublie pas que la pyorrhée est une des grosses affections dentaires constamment à l'ordre du jour.

En chirurgie buccale, M. Housset a lu un important travail résumant la technique des interventions apicales.

Enfin, M. Lentulo nous a apporté d'importantes contributions et nous l'en remercions.

N'oublions pas que, pendant la Semaine Odontologique, plusieurs séances scientifiques se sont tenues sous l'égide de la Société d'Odontologie et des démonstrations pratiques sont venues illustrer les nombreuses conférences. En votre nom, j'adresse les remerciements les plus cordiaux à tous ceux qui ont su prendre sur leur temps déjà si limité pour venir nous apporter le résultat de leurs travaux.

Enfin, il nous reste un agréable devoir à remplir au moment de nous séparer, nous devons nous féliciter d'avoir nommé un Président qui n'est pas chirurgien-dentiste ; un confrère tout à l'heure me disait que c'était la première fois depuis la fondation de la Société. On a toujours le respect

des vieilles choses et en particulier une tradition est là pour qu'elle soit respectée. Nous avons bousculé la tradition, nous avons nommé un Président qui n'était pas dentiste et notre année de travail n'a jamais été aussi remplie, je crois que vous serez unanimes avec moi pour dire que nous nous en félicitons tous (*Applaudissements*).

M. le Dr Bonnet-Roy m'avait couvert d'éloges au début de l'année, et, dût sa modestie en souffrir, il m'est agréable de lui dire, en votre nom et au mien, toute la gratitude que lui valent son dévouement à notre institution et son obligeance à laquelle il n'est jamais fait appel en vain.

Vous êtes appelés à voter actuellement pour un Président, deux Vice-Présidents, un Secrétaire général et un Secrétaire-adjoint. M. le Dr Bonnet-Roy va vous faire part des candidatures officielles pour le prochain Bureau, mais vous avez naturellement toute latitude de voter pour qui vous voudrez.

M. H. Villain. — Je me permettrai d'ajouter un mot avant que le Bureau sortant soit définitivement sorti, c'est d'exprimer nos très sincères remerciements à M. Solas, qui a été Secrétaire général — c'est un fait exceptionnel aussi — pendant six ans, c'est-à-dire deux sessions. Habituellement, quand un de nos Secrétaires était resté en fonctions trois ans, il ne demandait qu'à se retirer. M. Solas a bien voulu doubler et je suis sûr d'être votre interprète en le remerciant chaleureusement, car, c'est un gros travail qu'il a accompli pendant cette période.

V. — Congrès du Havre.

M. Blatter adresse en tant que président de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. pour 1929, un appel en faveur du Congrès du Havre.

VI. — Renouvellement du Bureau.

M. le Président. — Voici la liste officielle de candidatures pour le futur Bureau :

Président : M. Wallis-Davy.
Premier Vice-Président : M. P. Housset.
Deuxième Vice-Président : M. le Dr Solas.
Secrétaire général : Dr Leblan.
Secrétaire adjoint : M. Morin.

Je crois que le plus simple est de mettre cette liste aux voix globalement et je vais demander à ceux d'entre vous qui sont d'avis de voter pour l'ensemble de lever la main. Avis contraire (néant). — Adopté à l'unanimité.

Le Bureau présenté est donc élu à l'unanimité et je me permets — ce sera mon dernier mot de Président — de lui adresser mes plus cordiales félicitations.

Je tiens aussi à remercier, en votre nom et au nom de l'Ecole, M. Hulin, qui veut bien offrir l'appareil que voici ; c'est la rançon de la présidence du non dentiste de recevoir un appareil dont il ne sait pas se servir ; c'est un parallélomètre.

Je remercie tous mes collègues du Bureau de leur assistance et particulièrement mon ami Solas, qui n'aura pas le dernier mot avec moi et que je vais encore couvrir de fleurs ; je considère, d'après ce que je l'ai vu faire pendant un an, que ce qu'il a fait pendant six ans réalise un effort considérable. Je suis convaincu que pendant six ans également Leblan fera merveille également.

Il me reste à vous remercier de l'honneur et du plaisir que vous m'avez faits en m'appelant à la présidence de votre Société et de la façon particulièrement agréable dont vous m'avez permis de l'exercer non seulement par votre assiduité, mais par le grand nombre de communications que vous avez bien voulu apporter. Je vous en exprime donc une dernière fois et de tout cœur ma très vive gratitude (*Vifs applaudissements*).

Séance levée à 10 h. 50.

Le Secrétaire général,
Dr Solas.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 28 mai 1929.

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de *M. Sapet*, président.

M. le Président donne la parole à *M. Franchette* pour sa communication sur : *Les élévateurs employés en art dentaire.*

L'A. démontre que, pour un grand nombre de praticiens, les élévateurs sont trop peu employés en chirurgie dentaire. *M. Franchette* pose en principe que l'emploi de l'élévateur n'offre pas plus de danger que la manœuvre du davier.

Mettant en comparaison la technique de l'un et de l'autre, il estime que le davier est un instrument imparfait, ne pénétrant pas assez loin dans les alvéoles et que c'est à ce temps précis que l'action du davier cesse alors que celle de l'élévateur commence.

Après quelques considérations de mécanique et de cinématique, *M. Franchette* décrit et présente quatre genres d'élévateurs, dont les caractéristiques sont les suivantes :

1° Longueur proportionnée à celle de la main de l'opérateur ;

2° Nécessité d'une pénétration suffisante de la lance ;

3° Point d'appui assuré et pris exclusivement sur la crête alvéolaire et le rebord du maxillaire ;

4° Enfin, course et direction de l'instrument.

M. Joyeux termine sa communication sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire par sa méthode dite de « Pulvérisation ».

M. Joyeux tient, avant de préciser sa technique, à ouvrir une large parenthèse concernant ses conceptions sur cette affection et termine son exposé en détaillant et précisant les différents temps de sa technique.

Prennent part à la discussion : *MM. Dubois, Siffre, Lebrun, Dufourmentel, Bourcy, Sapet, Schatzmann, D*r *Frison.*

Vu l'heure avancée, les communications de *M. le D*r *Aimé* et de *M. Dubois* sont reportées à la séance du 25 juin.

La séance est levée à 23 h. 55.

Le Secrétaire adjoint : René SUDAKA.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 18 juin 1929.

Présentation. — MM. Chompret, Crocquefer, Chapard. — Malformation syndesmo-radiculo-coronaire des incisives centrales et latérales supérieures. — Cette lésion est constituée par un canal fait au dépens de la racine et de son ligament et se poursuivant sur la couronne en un sillon. Par ce chemin se développent des collections péri-apicales aiguës compatibles avec la vitalité des dents sous-jacentes. Cette lésion anatomique favorise l'évolution des affections ligamentaires aiguës et chroniques.

Communications. — M. Pujol. — Ostéomyélite subaiguë de la mandibule à marche rapide consécutive à un accident muqueux de la dent de sagesse. Cette observation rappelle celle publiée il y a un an par M. Gornouec. — Dans les deux cas, l'accident muqueux dégénéra en ostéomyélite bien que la dent de sagesse fût extraite.

M. D'Herelle. — Les phénomènes de la bactériophagie. — L'auteur rappelle les généralités sur le bactériophage et cite des exemples prouvant que le bactériophage anti, pullule dans le corps des malades au moment de leur convalescence.

M. Raiga. — Traitement des phlegmons d'origine dentaire par le bactériophage d'Hérelle. — L'auteur communique sept observations de malades guéris en 11, 19, 11, 15, 10 et 6 et 4 jours. Mais, M. Dechaume rappelle que ce ne sont pas là des résultats différents de ceux obtenus en faisant l'avulsion précoce de la dent malade.

Dr CROCQUEFER.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ SUISSE D'ODONTOLOGIE

La Société suisse d'odontologie a tenu sa 44e assemblée générale annuelle, les 7, 8 et 9 juin 1929, à Schaffhouse, à l'Hôtel de Ville.

On sait qu'elle se compose de quinze sections cantonales, qui se réunissent ensemble une fois par an.

Le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., invité à cette assemblée, y avait délégué les Drs Audy et Roy et M. H. Villain ; le Groupement de l'Ecole odontotechnique y avait délégué M. Schatzmann

Le Congrès se composait d'une partie administrative, réservée aux seuls sociétaires, comprenant notamment la réforme des études de médecine dentaire et l'introduction d'une année de pratique, et d'une partie scientifique.

Cette dernière, très suivie par de nombreux confrères suisses, avait un programme de douze communications :

1° Résultats obtenus dans le Service du Prof. Ernst, de l'Institut dentaire de l'Université de Berlin, principalement en matière de fissures du voile du palais, par le Dr Grunig (Berne) :

Le conférencier entretient les membres de ses expériences pendant son séjour à la Policlinique de l'Institut dentaire de l'Université de Berlin et surtout il décrit le procédé vraiment génial du Dr Prof. Franz Ernst, de Berlin, dans le cas de l'opération de la fissure du palais. Il accompagne sa conférence de quelques dispositifs et présente quelques instruments accessoires.

Le point le plus frappant de ce procédé est le rétrécissement circulaire du trou palatin (mésopharynx) avec allongement dorsal de la muqueuse palatine. Il emploie une plaque de celluloïd comme tampon, pour la protection des points de suture et surtout comme moyen d'extension vers l'arrière de la partie molle du palais. En même temps, Ernst recouvre plus ou moins cette plaque de gutta-percha, et ramène la partie molle du palais en arrière et en haut du côté de la luette ou dans la région de celle-ci, si le palais n'est pas encore reconstitué.

Le conférencier certifie et garantit la perfection du résultat au point de vue anatomo-physiologique, car il a pu contrôler ces résultats pendant son séjour de plusieurs mois chez le Prof. Ernst. Il déclare également que le Dr Ernst est l'unique et absolu inventeur de cette méthode opératoire.

Il montre ensuite quatre dispositifs représentant la correction chirurgicale par voie *intrabuccale* d'une progénie. Cette opération a été admirablement réussie par Ernst.

Le Dr Grunig désire vivement exposer dans d'autres pays la méthode

d'Ernst pour les fissures du palais et ceci en se basant sur ses expériences et constatations personnelles.

2° Technique indirecte des inlays, par H. Lauper (Zurich).

3° *L'anticorodal,* nouveau revêtement d'aluminium d'une grande solidité de la fabrique d'aluminium A. G., de Neuhausen. Remplaçant idéal des pièces d'acier. Démonstration d'un procédé de coulée qui a fait ses preuves, par A. Brodtbeck (Frauenfeld).

Autrefois, l'aluminium et ses alliages n'étaient pas parfaits au point de vue de la pureté et de la cohésion. Ce n'est que ces dernières années, avec le développement rapide de l'industrie que l'on prêta une attention suffisante à ce métal. C'est alors que naquirent l'avional et l'anticorodal.

L'anti-corodal s'adapte admirablement bien aux besoins de l'art dentaire et même à la fusion. Il est vrai que le procédé de fusion n'est pas facile : le conférencier a dû modifier beaucoup les procédés habituels.

En % l'alliage contient :

0,5 Mang., 0,6 magnésium, 1, 0 Si, le reste aluminium.

L'adjonction de silicium procure à l'anti-corodal sa grande résistance, fait qui n'avait jamais été possible dans aucun alliage à base d'aluminium.

La résistance sur 1 millimètre est la suivante :

Résistance à l'arrachement............	25-32 kg.
Limite de tension.....................	20-25 kg.
Etirement..............................	1.0-1,5 kg.
Dureté.................................	90-110 kg.

Les expériences chimiques ont donné également d'excellents résultats :

L'anti-corodal n'a présenté aucune réaction dans une solution d'acide lactique à 5 %.

Par contre, il n'en a pas été de même dans une solution de soude caustique à 5 %. Il est vrai que cette dernière réaction n'a aucune importance, puisque le cas d'une réaction alcaline d'une telle violence ne se produit jamais.

L'auteur ne parle pas de la question technique ; il renvoie à l'article in extenso qui paraîtra dans le n° 9 de septembre de la *Revue Suisse d'Odontologie.*

On peut exécuter des appareils d'une grande finesse avec l'anticorodal, ainsi que des appareils partiels inférieurs avec barre linguale, des facettes polies.

Ces appareils ont vraiment très bonne façon, la couleur est fort belle après le polissage (elle ne ternit pas) ; c'est une matière très solide, les

patients la portent volontiers et par conséquent la paient aussi plus facilement.

On peut donc recommander l'usage de l'anti-corodal plutôt que l'emploi de plaques d'acier et ceci pour les raisons suivantes :

a) Le travail livré est personnel, car ces travaux peuvent être exécutés complètement dans son propre laboratoire ;

b) Même après plusieurs années d'emploi, l'appareil ne perd rien de son poli définitif ;

c) Les qualités élevées de résistance sont constantes ;

d) Le procédé de fusion assure une grande stabilité à l'appareil (plaque) ;

e) Le prix de revient est peu élevé, car il n'est pas nécessaire d'avoir des appareils spéciaux ou des licences.

Le Dr Brodtbeck est persuadé que ce nouvel alliage d'aluminium est appelé à avoir un grand succès dans l'avenir, à condition d'être employé avec soin, d'après ses indications.

4° Difformités des lèvres et anomalies des maxillaires, par le Dr Rud Schwarz (Bâle).

6° Contribution au traitement de la gangrène pulpaire, par le Dr E. Vaucher (Lausanne).

7° De l'influence des agents anti-rachitiques sur le système dentaire des rats, par le Dr Egger (Berne).

Le Prof. Dr F. Egger relate le cas où les deux canines supérieures (permanentes) manquent complètement, ainsi que la petite incisive supérieure droite. Ce cas est observé dans une denture absolument normale.

Un cas analogue a été décrit dans la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie* en 1924, là les quatre canines permanentes manquaient. A ce moment on avait déjà fait remarquer que l'absence de canines est un cas d'une rareté extrême, parce que les canines sont en somme une constante du squelette humain.

La radiographie seule permet de prouver que ni l'extraction ni la rétention ne sont les causes de ce phénomène. Dans les deux cas, les radiographies, tant du crâne complet que du processus alvéolaire, ont été absolument probantes.

8° Technique directe des inlays ; causes d'échecs et méthodes permettant de les diminuer, par A. Steiger (Zurich).

9° Le déplacement dans la restauration prothétique du maxillaire ayant subi une perte de substance par traumatisme ou résection, par le Prof chirurgien Bruhn (Dusseldorf).

10° La pyorrhée alvéolaire. Exposé succinct de mes conceptions sur sa nature, sa pathogénie, son traitement, par le Dr M. Roy (Paris).

11° Résultats donnés par la *Panthésine* (S. F. 147), à l'Institut dentaire de Zurich, par le Dr P. Schmutziger (Zurich).

Une petite exposition de matériel et de fournitures dentaires était annexée au Congrès ; elle était installée dans les locaux du Tiergarten.

***

Un certain nombre de réceptions et d'excursions avaient été organisées.

Le vendredi 7, à 20 heures, dîner au restaurant Tiergarten.

Le samedi 8, à 11 heures, départ en bateau à vapeur spécial pour Stein-sur-le-Rhin, à l'entrée du lac de Constance, *Fruhschoppen* (apéritif) sur le bateau, offert par la Section de Schaffhouse de la Société suisse d'odontologie. La promenade fut favorisée par le beau temps, qui, au contraire, la veille et le lendemain, fut très mauvais, et une grande cordialité en fut la caractéristique.

Stein est une ville ancienne avec de vieilles maisons à fresques. Le fleuve est bordé de collines boisées ; la rive gauche est suisse, la rive droite allemande, avec plusieurs enclaves suisses ; le trajet est fort pittoresque. Nous y visitâmes le Musée et le Cloître St-Georges, et fûmes reçus par le Maire. Ce magistrat nous présenta le hanap municipal, immense coupe en vermeil, contenant trois bouteilles de vin, où chacun but à son tour.

A 17 heures, retour à Schaffhouse et, à 20 heures, banquet, officiel à l'Hôtel Bellevue, devant la chute du Rhin, illuminée pour la circonstance. Des toasts y furent portés par le président de la Société, M. Bollmann, d'Interlaken, par le président de la Section de Schaffhouse, M. Bender, par M. Henri Villain, au nom de l'E. D. P., de l'A. G. S. D. F. et des confrères français.

Le dimanche 9, après la séance scientifique du matin, déjeuner d'adieu, à 13 heures, à l'Hôtel Bellevue.

Schaffhouse est une ville fort curieuse, avec de vieilles maisons, dominée par la tour de Munot. Les rives du Rhin y sont très escarpées.

L'accueil que nous avons reçu a été très chaleureux ; nous ne pouvons qu'en remercier nos confrères suisses et il a été de nature à nous inciter à nous rendre à la réunion de 1930.

Dr M. Roy.

VIIIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

La F. D. I. a approuvé dans sa session d'Utrecht les statuts du VIIIe Congrès dentaire international (Paris, 1931), que nous publierons dans un prochain numéro.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a fait connaître qu'il accepte le patronage de ce Congrès.

49e ANNÉE N° 9. 30 SEPTEMBRE 1929. VOL. LXVII

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un de nos correspondants nous communique l'entrefilet suivant emprunté au journal allemand Der dental Markt, de juin 1929, *publié à Francfort-sur-le-Main, qui offre de l'intérêt pour la profession dentaire.*

LES FABRICANTS AMÉRICAINS DEMANDENT 60 0/0 DE DOUANE A L'IMPORTATION POUR LES INSTRUMENTS DENTAIRES ET 75 0/0 POUR LES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

En 1927, les Etats-Unis ont importé des fournitures dentaires pour une somme totale de $: 141.605 et ont exporté pendant cette même période, pour $: 1.508.667 (les dents ne sont pas comprises dans ce montant).

Le chiffre d'importation relativement faible de $: 140.000 pour l'ensemble des Etats-Unis se répartit principalement entre l'Allemagne et l'Angleterre, alors qu'une quantité minime provient de France.

Il est certain que ces droits prohibitifs pour l'importation aux Etats-Unis sont calculés uniquement afin d'empêcher l'entrée de tous les produits dentaires dans ce pays.

« Gentlemen, i beg your pardon, that is not fair play !!! »

DÉCRET RELATIF AUX CONDITIONS D'INSCRIPTIONS AUX ÉTUDES DENTAIRES

Le Président de la République française,
Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Vu l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892,
Vu la loi du 12 juillet 1875,
Vu la loi du 10 juillet 1896,
Vu les décrets des 25 juillet 1893 et 14 février et 31 décembre 1894,
Vu les décrets du 11 janvier 1909, 20 juillet 1912 et 13 février 1920,
Vu le décret du 6 août 1927,
Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le stage est constaté au moyen d'inscriptions.

« Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a seize ans accomplis au 1er novembre de l'année d'inscription et s'il ne produit l'un des titres ou grades suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ès sciences ou ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire, certificat d'études primaires supérieures (ancien régime), brevet d'enseignement primaire supérieur (nouveau régime), section générale. »

Article 2. — Les candidats déclarés admissibles aux épreuves orales ou pratiques du brevet d'enseignement primaire supérieur (sections spéciales) à l'une des deux sessions de 1928 et qui seront définitivement admis en 1929 pourront toutefois se faire inscrire comme stagiaires jusqu'au 31 octobre 1929 sous réserve de la condition d'âge énoncée ci-dessus.

Article 3. — Les titulaires d'un titre ou diplôme visé à l'article 1er du présent décret, titre ou diplôme non prévu par l'article 1er du décret du 6 août 1928, pourront exceptionnellement et par dérogation à l'article 5 du décret du 11 janvier 1909 prendre la première inscription de stage dentaire jusqu'au 1er mars 1929.

Article 4. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 22 février 1929,

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Pierre MARRAUD.

(*Journal Officiel* du 3 mars 1929).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ÉTAT ACTUEL DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE ET STOMATOLOGIQUE EN POLOGNE

Par le Prof. CIESZYNSKI.

(*Résumé*).

Le traité de Versailles qui mit fin à la guerre mondiale de 1914-1918 a rétabli la République de Pologne.

Sur une superficie de 388.328 kilomètres carrés avec plus de 27.000.000 habitants et les villes principales de Varsovie, Posen, Cracovie, Lemberg, Wilna exerçaient (1927) environ 7.000 médecins, 2.000 chirurgiens-dentistes et 220 stomatologistes.

En 1918, ces nombres étaient respectivement 4.250, 1.000 et 145. En raison de la division du pays en trois parties (allemande, autrichienne et russe), l'instruction générale et l'instruction professionnelle des chirurgiens-dentistes étaient différentes. On en comptait environ 800 dans la partie russe, 50 dans la partie allemande, 140 dans la partie autrichienne ; le reste était stomatologistes.

L'instruction professionnelle des chirurgiens-dentistes dans toute la République n'est pas uniforme. Dans l'ancienne partie russe avec Varsovie, les études ont été réglementées en 1918 sur le modèle des Instituts dentaires allemands : dans les villes universitaires de Lemberg et de Cracovie (partie autrichienne), l'instruction professionnelle est encore sur le modèle autrichien, c'est-à-dire que, seuls, des docteurs en médecine générale (stomatologistes), peuvent se spécialiser en dentisterie. L'Université de Posen, de création récente, n'a pas encore d'Institut dentaire, quoique la Faculté de médecine existe déjà depuis huit ans.

Dans les neuf dernières années, le nombre des chirurgiens-dentistes en Pologne a doublé par suite de la fondation de l'Institut dentaire d'Etat de Varsovie en 1918. Placé d'abord dans les attributions du Ministre de l'Instruction publique et des Cultes, et du Ministre de la Santé publique, il ne dépend plus depuis 1922 que du premier.

Entre 1918 et 1923, les études dentaires commencées dans les Instituts privés russes ont pris fin.

L'Institut dentaire d'Etat de Varsovie est une école supérieure autonome administrée conformément aux prescriptions régissant les universités polonaises : mais, par suite de l'exiguité des locaux, le nombre des étudiants y est limité.

Les études y durent quatre ans. N'y sont admis que les jeunes gens ayant obtenu le certificat de maturité dans un lycée avec huit classes. Pendant la période transitoire 1918-1923, l'admission était encore possible

sans certificat de maturité avec sept classes comme auditeur libre ; mais les jeunes gens ainsi admis devaient obtenir ce certificat avant la fin de leurs études.

L'année scolaire est de trois trimestres de dix semaines, comme dans les universités polonaises. Un examen termine chaque année scolaire. L'examen final clôt la quatrième année.

L'examen de première année comprend : physique, chimie, anatomie, histologie, anatomie dentaire.

L'examen de deuxième année : physiologie, pathologie, bactériologie, pharmacologie, dentisterie opératoire (théorie et travaux sur fantôme), prothèse dentaire (théorique et pratique).

L'examen de troisième année, hygiène, chirurgie, stomatologie.

Les jurys d'examen se composent de professeurs de l'Institut dentaire, des professeurs des matières de l'examen (presque tous professeurs d'Université), d'un délégué du Ministre de l'Instruction publique et des Cultes et d'un délégué du Ministre de la Santé publique.

Le candidat qui échoue dans un examen de fin d'année doit recommencer cette année.

L'examen final comprend : anatomie, physiologie, pathologie, pharmacologie, syphilidolographie, médecine interne, dentisterie conservatrice (théorique et pratique), prothèse dentaire (théorique et pratique), chirurgie buccale (théorique et pratique).

Une fois cet examen subi avec succès le candidat obtient le diplôme dentaire avec le titre de chirurgien-dentiste (lekarz-dentysta), diplôme qui, après enregistrement, lui donne le droit d'exercice en Pologne.

Le nombre d'heures consacrées à chaque matière est le suivant pour l'ensemble des trois trimestres

Première année.

Physique	120
Exercices de physique	30
Chimie	140
Manipulations de chimie	100
Physique et chimie dentaires	40
Histologie, embryologie	90
Anatomie normale	140
Exercices de préparation	320
Anatomie des dents	60
Physiologie, biologie	30
Technique dentaire (exercices)	120
Dessin et modelage des dents et cavités	120
Exercices	80
TOTAL	1390

Deuxième année.

Physiologie et démonstrations	120
Exercices de physiologie	60
Pathologie générale	60
Anatomie pathologique	90
Exercices d'anatomie pathologique	110
Pharmacologie	80
Bactériologie	90
Exercices de bactériologie	30
Cours de dentisterie conservatrice sur fantôme	180
Prothèse dentaire théorique	90
Technique dentaire (exercices au laboratoire)	180
Dentisterie conservatrice (théorie)	80
TOTAL	1170

Troisième année.

Médecine interne dans ses rapports avec la stomatologie.	150
Exercices pratiques	90
Hygiène	70
Exercices pratiques	20
Chirurgie générale et démonstrations	120
Chirurgie stomatologique spéciale	60
Cours d'extraction	180
Clinique chirurgico-stomatologique	180
Dentisterie conservatrice (clinique)	270
Prothèse dentaire (clinique)	270
Dermatologie	120
Cours de radiographie	120
TOTAL	1650

Quatrième année.

Histoire de la dentisterie, déontologie dentaire, médecine légale	40
Traitement des dents	90
Clinique du nez et du cou	40
» chirurgico-stomatologique	180
» de dentisterie conservatrice	270
» de prothèse dentaire	180
Orthodontie	80
Cours d'extraction	180
TOTAL	1060

TOTAL GÉNÉRAL : 1390 + 1170 + 1650 + 1060 = 5270 heures.
L'assistance aux cours et aux exercices est obligatoire.

Etudes stomatologiques dans les Universités.

Les Universités de Varsovie, Cracovie, Lemberg, Wilna et Posen comprennent des Facultés de médecine ; des Instituts dentaires d'Université existent à Cracovie et à Lemberg et une chaire nomade à Wilna.

Un cours dentaire pour les étudiants en médecine est obligatoire dans les Facultés de médecine polonaises (40 heures par trimestre et 20 heures de policlinique dentaire dans le trimestre suivant). Ces étudiants doivent, en outre, se soumettre à des interrogations spéciales en dentisterie ; ils reçoivent ainsi en stomatologie une instruction non seulement théorique, mais pratique, aussi étendue qu'il est nécessaire pour un médecin.

Le nombre des étudiants en médecine en 1924-1925 était respectivement dans les cinq facultés de médecine de 1380, 628, 924, 556, 498.

La spécialisation en stomatologie dans l'ancienne Gallicie, c'est-à-dire aux Universités de Lemberg et de Cracovie, est appliquée suivant l'ancien modèle autrichien, c'est-à-dire qu'en principe on laisse les étudiants en médecine générale suivre d'eux-mêmes leur plan d'études. Mais dans la pratique ce dernier a été établi ainsi dans les dernières années par la Direction des cliniques universitaires de ces deux villes.

A Lemberg l'étudiant qui se destine à la stomatologie s'engage par écrit sur l'honneur à suivre complètement le programme d'instruction, qui, en outre des cours exigés officiellement des élèves médecins, comprend les cours suivants obligatoires :

Quatre cours de prothèse dentaire, orthodontie et orthopédie des maxillaires, dont deux sur fantôme avec un nombre et une nature déterminés de travaux et deux avec un nombre déterminé de travaux en caoutchouc et en métal sur le patient ;

Un cours de dessin et de modelage (dents, canaux radiculaires, couronnes, sur grande échelle ;

Un cours sur fantôme pour la préparation des cavités et traitement des canaux ;

Trois cours de traitement conservateur des canaux, avec un minimum de travaux sur le patient ;

Un cours d'extraction avec anesthésie locale (100 à 120 extractions) ;

Un cours de radiographie (un trimestre) ;

Clinique de stomatologie pendant tout le temps.

La durée de ces cours est d'un an et demi à deux ans ; exceptionnellement d'un an pour les candidats particulièrement habiles et studieux.

L'enseignement théorique est donné dans des leçons spéciales de stomatologie. En raison du petit nombre des élèves et du personnel enseignant (un professeur et trois assistants) et du haut degré de l'instruction en sciences naturelles et en médecine, l'enseignement théorique approfondi se fait individuellement au moyen de traités de dentisterie.

Le montant des droits scolaires perçus par l'Institut est le suivant :

Cours de prothèse dentaire : 3 dollars 30 pour les étudiants, 6 dollars 60 pour les médecins.

Cours de dentisterie conservatrice : 2 dollars 20 pour les étudiants, 4 dollars 40 pour les médecins.

Cours de radiographie : 2 dollars 20 pour les étudiants, 2 dollars 20 pour les médecins.

Leçons : Gratis.

Il est accordé des bourses aux étudiants pauvres.

A Cracovie, la spécialisation dure 1 an et demi (cinq trimestres). Le candidat s'engage, par écrit, sur l'honneur, à suivre les cours suivants :

Cours d'obturation des dents et de traitement des canaux (deux trimestres, à raison de cinq heures par jour) ;

Cours d'opération (deux trimestres, deux heures par jour) ;

Cours de prothèse dentaire (un trimestre, cinq heures par jour) ;

Cours de radiographie (trois trimestres, suivant le nombre des patients).

Pendant les vacances les candidats sont tenus de donner des soins à la clinique chirurgicale.

Seuls les médecins sont admis à suivre les cours de spécialisation ; les étudiants en médecine, ainsi que les diplômés de l'Institut dentaire d'Etat de Varsovie, n'y sont pas admis.

Pour régler définitivement les études dentaires et stomatologiques, il a été fait dès 1923 au Ministre de l'Instruction publique et des Cultes, des propositions aux termes desquelles, conformément aux décisions du Premier Congrès dentaire polonais, l'enseignement de l'Institut dentaire d'Etat serait remplacé par un enseignement stomatologique d'une durée de deux ans dans les Universités, donné après que les études médicales générales seraient terminées.

Il n'a pas encore été statué sur ces propositions.

Le nombre total des étudiants a été le suivant pour la période 1920-1927 :

I. — Institut dentaire d'Etat de Varsovie : 340 à 633 par an. Diplômés après les études dentaires : 48 à 198 par an.

II. — Institut dentaire de l'Université de Lemberg :

a) Cours obligatoires pour les médecins : 93 à 268 par an ;

b) Formation des stomatologistes : 7 à 28 par an.

III. — Institut stomatologique de l'Université de Cracovie. De 1913 à 1926 ont été admis *au total* 21 médecins (L'Institut avait été fermé cinq ans).

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
COMMISSION D'HYGIÈNE

Février 1929.

Aux autorités gouvernementales de l'instruction et de la santé publique, aux édilités des villes et communes, aux professeurs, médecins et dentistes attachés aux établissements d'instruction.

Les soins dentaires scolaires forment une base pour l'éducation corporelle de la jeunesse. Ils sont fondamentaux pour la santé publique.

C'est à cette phrase lapidaire que s'est ralliée l'assemblée du VIIe Congrès international dentaire, tenu à Philadelphie en 1926, assemblée à laquelle 15.000 membres participaient.

La justesse en a été reconnue partout à présent ; témoin le fait que de nombreuses communes et collectivités de la plupart des pays civilisés ont officiellement instauré chez elles le service d'inspection et de soins dentaires scolaires.

Notons toutefois que le rendement de toute clinique dentaire scolaire ne peut atteindre la perfection, aussi longtemps que l'on n'y adjoint pas un service de soins dentaires personnels des enfants.

Notre jeunesse, tant des salles d'asile que des classes primaires, peut et doit se familiariser avec ce service dentaire à fonctionnement en quelque sorte automatique. Le programme d'organisation nécessaire à cette fin est exposé ci-après.

Les soussignés tiennent, en corrélation avec ces directives, à en recommander chaudement la mise à exécution, surtout dans l'intérêt de ceux qui n'ont pas encore l'âge adulte. Et le secrétariat de la Commission d'hygiène dentaire (121, Stadhouderskade, à Amsterdam) accueille toutes demandes au sujet du programme d'action ainsi que des frais afférents.

Veuillez croire, etc...

Prof. Dr E. JESSEN, Bâle, *Président* — Dr J. S. BRUSKE, Amsterdam, I. *Secrétaire*
de la Commission d'Hygiène de la F. D. I.

Comte de CASA AGUILAR, Madrid, *Président* — Georges VILLAIN, Paris, *Secrétaire général*
de la Fédération Dentaire Internationale.

Amsterdam, Z., 25 février 1929, 126, de Lairessestraat.

Cher Confrère,

A la réunion de la Commission d'hygiène de la Fédération Dentaire Internationale tenue à Cologne en 1928, la résolution suivante a été adoptée :

« Attendu qu'il est de toute importance que justice soit rendue au

travail dans lequel s'est engagée la Commission d'hygiène dentaire, cette Commission a résolu d'adresser, assistée par le Conseil exécutif, un appel énergique à l'organisation dentaire de tous les comités nationaux, dans le but de solliciter leur secours financier pour le fonds Eastman de la Commission d'hygiène. »

En exécution de la susdite résolution, je vous prie de proposer à votre association nationale de venir en aide par une contribution à la Commission d'hygiène. Cela pourrait se faire de la manière dont parle la première annexe sous le paragraphe IX.

Pour votre gouverne j'inclus :

1° Un aperçu du but et des travaux de la Commission d'hygiène ;

2° L'extrait d'un rapport adressé au Conseil exécutif de la Fédération Dentaire Internationale sur les travaux de la Commission d'hygiène, présenté lors de la séance à Cologne en 1928.

J'ose espérer que vous me ferez savoir le résultat de vos démarches auprès de votre Association nationale avant le premier mai 1929.

Agréez, etc...

B. M. de Beer,
Trésorier de la Commission d'Hygiène.

I. *Fédération Dentaire Internationale.*

La Fédération Dentaire Internationale a pour but d'organiser les congrès internationaux et entre temps de maintenir les rapports internationaux entre les organisations nationales. La *Commission d'hygiène* est une de ses commissions actives.

II. *Commission d'Hygiène.*

La Commission d'Hygiène tend, comme centre international, à favoriser dans l'acception la plus large, l'hygiène dentaire.

Elle examine comment on peut servir cette hygiène de la meilleure manière. Elle donne des conseils qui sont le résultat de son examen. Ces conseils peuvent servir de gouverne à ceux qui doivent s'occuper de l'hygiène publique, pour les aider à se former un jugement sur la valeur de l'hygiène dentaire pour la salubrité publique suivant la science moderne.

A cette fin, la Commission favorise l'examen scientifique de l'hygiène dentaire.

III. *Comité.*

La Commission d'Hygiène choisit son propre comité et ses propres membres parmi les membres de la Fédération Dentaire Internationale. Elle peut élire membres honoraires, des personnes et des organisations qui s'intéressent à son travail ou qui ont bien mérité de l'hygiène dentaire.

Elle travaille suivant ses propres vues. Mais ses décisions doivent être approuvées par le Conseil exécutif de la F. D. I.

IV. *Secrétariat et organisation.*

La Commission a au secrétariat un bureau permanent qui exécute les décisions des assemblées annuelles.

Le secrétariat est pour le moment Stadhouderskade, 121, Amsterdam.

C'est du secrétariat qu'émaneront les différents problèmes dont s'occupe l'organisation en matière d'hygiène dentaire, par exemple des enquêtes.

Le but de ces enquêtes internationales est d'examiner la situation sous un certain rapport dans différents pays, de comparer les différences et de rédiger, autant que possible, après délibérations internationales, des résolutions générales. Un rapporteur indiqué à cet effet y procède de concert avec le Comité. Les résolutions sont soumises à l'approbation du Conseil exécutif après avoir été votées à une assemblée de la Commission.

Les pays en retard sur les autres sous le rapport examiné, seront encouragés pour arriver au point atteint ailleurs. Les personnes qui sollicitent des améliorations auprès de leurs autorités nationales trouvent les renseignements dont elles ont besoin à cet effet dans les rapports de la Commission d'Hygiène.

A côté des rapporteurs permanents, membres du Comité, l'étude de certains problèmes peut être confiée à un rapporteur spécial, qui sera nommé alors membre d'une sous-commission.

Ils font un rapport pouvant arriver à une ou à plusieurs conclusions. Celles-ci sont traitées à une assemblée de la Commission d'Hygiène et mises aux voix. Après acceptation par la Commission, elles sont soumises à l'approbation du Conseil exécutif.

V. *Sous-Commissions.*

Chaque rapporteur permanent du Comité est président d'une sous-commission. Les autres membres des sous-commissions sont indiqués soit par l'assemblée, soit par le rapporteur en sa qualité de président d'une sous-commission de concert avec le Comité de la Commission d'Hygiène.

1° La Sous-Commission des *soins dentaires pour les enfants* comporte les soins dentaires aux écoles, le soin des enfants avant qu'ils aillent à l'école et les soins pour l'instruction de la future mère.

C'est par l'hygiène dentaire aux écoles que la Commission d'Hygiène a commencé son activité et jusqu'ici elle s'en est toujours occupée spécialement.

Le pionnier dans ce domaine est le président actuel de la Commission d'Hygiène, le Prof. Dr E. Jessen, Bâle, qui, depuis 1888, a propagé en Allemagne l'hygiène dentaire dans les écoles, ainsi que Cunningham l'a fait en Angleterre, etc...

Les soins dentaires scolaires commencent à présent, grâce à cet effort,

à occuper une place importante dans beaucoup de pays. La Commission étudie en ce moment des problèmes qui, d'une part, approfondissent l'hygiène dentaire scolaire tandis que, d'autre part, elle a entamé l'étude de plus vastes problèmes encore, par exemple, celui de l'alimentation scolaire. A la session de Copenhague 1927, après une conférence du Dr Joh. Brun, intitulée « La prophylaxie dans les cliniques odontologiques communales d'Oslo, spécialement le déjeuner scolaire du Dr Schitz » l'assemblée a adopté la résolution suivante : « Pour favoriser la formation des tissus dentaires sains on recommande le déjeuner ainsi que le régime d'alimentation infantile de la clinique odontologique Forsyth, à Boston.

A la session de Cologne en 1928, le Dr Johan Brun a parlé de la question des aides dans les cliniques infantiles et a traité un problème statistique.

Du côté allemand et anglais il a été fait des communications concernant les mesures pratiques à prendre en faveur des soins dentaires scolaires.

Une publication intéressante de l'English Dental Board, destinée à être envoyée gratuitement à tous les éducateurs de la jeunesse (instituteurs et autres), a été présentée à l'assemblée.

Le Prof. Kantorowicz de l'Université de Bonn fait part de ses succès dans la lutte contre la carie. Il s'est engagé dans la lutte contre le rachitisme ; il veut résoudre ensuite le problème des dents de lait. En outre dans le cours de l'année écoulée, pour la première fois il a traité les enfants à titre prophylactique contre des anomalies dentaires.

Comme problèmes plus vastes citons les soins pour la future mère (Résolution du Congrès International de Philadelphie ; voir plus loin). Signalons le mandat conféré au Prof. Loos, de Francfort, en sa qualité de rapporteur qui fera une enquête concernant la périclasie chez les écoliers et la manière de la prévenir, etc. Il en a fait un rapport intéressant à la séance de Cologne en 1928.

Un autre problème, c'est l'introduction des soins dentaires dans les écoles maternelles (ou salles d'asiles). A ce sujet, la Commission d'hygiène a adressé en 1929 une circulaire aux autorités de tous les pays.

2° La Sous-Commission *d'hygiène dentaire publique* s'occupe des soins dentaires pour la grande masse du peuple après l'école par les caisses d'assistance, les industries, l'armée, la marine, les hôpitaux, les cliniques et les travaux publics.

Une résolution prise au Congrès de Philadelphie en 1926 porte : « L'hygiène dentaire publique succède aux soins dentaires scolaires et incombe aux caisses d'assistance, aux hôpitaux, aux fabriques, à l'armée, à la marine, etc. Ces soins doivent former partie intégrante des soins donnés à la santé publique dans tous les pays. Dans l'intérêt de la santé publique il est créé une section dentaire à la tête de laquelle se trouve un dentiste. »

A Copenhague, en 1927, après une conférence faite à la Commission d'Hygiène par M. Rowlett (de Leicester), sur le « le traitement de la septicémie buccale dans les hôpitaux généraux », le conférencier a été chargé d'en faire un rapport. Il a été nommé rapporteur en cette matière dans ladite sous-commission, et en 1928, à Cologne, il a fait un rapport sur ce sujet.

3° La Sous-Commission de l'*Institut international d'hygiène dentaire* et des recherches sur l'hygiène dentaire.

Depuis des années, la Commission d'Hygiène a étudié la fondation d'un Institut international d'hygiène dentaire. La fondation de cet Institut paraît assurée avec l'aide du Gouvernement français et de la ville de Paris. On s'efforcera d'y créer un centre de science d'hygiène dentaire internationale et d'y procéder à des recherches scientifiques par des instituts nationaux d'hygiène dentaire, à fonder et avec lesquels il collaborera.

La mise au concours de prix pour les problèmes d'hygiène dentaire incombe à cet Institut.

Le règlement de cet Institut est achevé. Il a été fixé dans la séance de la Commission d'Hygiène, tenue en 1925 à Genève.

Cet Institut rassemblera tout ce qui a été publié sur l'hygiène dentaire comme écrits de propagande, films, gravures, etc., en toutes langues. Provisoirement le musée hygiénique de Dresde a offert une place à cette collection.

VI. *Publicité.*

Les travaux de la Commission d'Hygiène sont publiés dans le Bulletin de la Fédération Dentaire Internationale qui paraît annuellement.

Si la place y fait défaut, il sera fait appel à la bienveillance de la presse professionnelle des différents pays.

VII. *Propagande.*

La Commission d'Hygiène entretient des relations avec le Bureau International d'Hygiène de la Société des Nations. Le vice-président de cette commission, le Dr Josephus Jitta, de La Haye, est président honoraire de la nôtre. Pendant que le Bureau International du Travail de la Société des Nations s'occupe des soins médicaux donnés au peuple, à l'aide d'assurance spéciale, nous essayons d'y promouvoir les intérêts que nous soutenons.

La Ligue Internationale des Sociétés de Croix-Rouge à Genève se trouve en relations officielles avec notre Commission par les délégués permanents de la Commission d'Hygiène auprès de cette Ligue.

VIII. *Congrès.*

Une tâche importante de la Commission d'Hygiène est la préparation

de la section d'hygiène dans les Congrès dentaires internationaux qui se tiennent tous les cinq ans.

Les résolutions suivantes qui ont demandé des années de préparation ont été adoptées au Congrès de Philadelphie en 1926 :

1° Le traitement général de la future mère et le traitement, ainsi que l'éducation de l'enfant, de la naissance jusqu'à l'âge scolaire, constituent le premier pas pour la formation de tissus dentaires sains et bien faits ;

2° Les soins dentaires donnés à l'école constituent une base de développement physique de la jeunesse, ainsi que de la santé publique ;

3° Les services dentaires publics sont la continuation des soins dentaires donnés à l'école et incombent aux caisses d'assistance, aux usines, armées, marines, etc. Ils doivent être considérés comme d'une importance égale à tous autres facteurs de la santé publique de tous les pays. Une section dentaire doit être établie au Ministère de la Santé publique de tous les pays à la tête de laquelle doit se trouver un dentiste et cela au profit de la santé publique ;

4° Un Institut international d'hygiène dentaire publique doit être fondé à Paris comme centre de tous les pays. On doit tendre à fonder des services dentaires nationaux collaborant avec cet Institut central ;

5° La Commission d'Hygiène de la F. D. I. est chargée d'exécuter les résolutions adoptées par le Congrès. Les dépenses doivent être couvertes par la F. D. I. ainsi que par des donations d'institutions, etc. ;

6° Il est de grand intérêt pour tous les dentistes d'aider le travail de la Commission d'Hygiène énergiquement et au moyen d'organisations à fonder dans les différents pays.

IX. *Finances.*

Les finances de la Commission ont été assises sur une nouvelle base à Copenhague en 1927. La lettre ci-jointe contient les résolutions qui y ont été adoptées.

Les dépenses comportent : 1° Frais de bureau du secrétaire ; 2° Frais de déplacement et de séjour du Comité et des délégués (rapporteurs, etc.) provenant de leurs fonctions ; 3° Dépenses et frais de préparation de ses publications dans le Bulletin de la F. D. I. où sont publiées ses délibérations ; 4° Loyer de salle et frais pour conférences intérimaires ; 5° Dépenses de ceux qui ont assumé quelque charge.

Ces frais étaient jusqu'ici presque entièrement supportés par les fonctionnaires eux-mêmes. La F. D. I. verse annuellement dans la caisse de la Commission d'Hygiène une somme qui cependant n'a jamais pu couvrir qu'une partie de ces frais.

C'est là une chose déplorable, entravant beaucoup de travail utile. La Commission a dû même s'abstenir pour cette raison d'envoyer des délé-

gués pour sauvegarder les intérêts de l'hygiène dentaire là où cela aurait été nécessaire.

Trustee-fund.

A Copenhague, il a été constaté que, dans un avenir prochain, on pourrait compter sur l'appui financier nécessaire de la F. D. I. Le Comité de la Commission d'Hygiène a fait, à cet effet, des propositions qui ont été acceptées par la Commission et approuvées par le Conseil exécutif. Elles comportaient la *fondation d'un fonds* (*trustee-fund*) *de la Commission d'Hygiène*, dont à l'avenir les intérêts seulement peuvent être dépensés pour le travail de la Commission d'Hygiène. Ce fonds est nommé le *fonds Eastman de la Commission d'Hygiène.*

La base de ce fonds est une donation de £ 400, faite par M. Eastman, de Rochester, mise à la disposition de la Commission d'Hygiène, pour 1927-1928. Quelques dons plus faibles, se montant ensemble à £ 250, ont suivi.

C'est là un capital insuffisant dont les intérêts sont insignifiants. Il faut donc chercher des moyens de l'augmenter. A Copenhague, il a donc été décidé d'inviter tous les pays affiliés à la F. D. I. à prendre à cœur ce but par des délégués désireux d'y collaborer.

Dentistes et organisations dentaires.

Pour fournir les ressources nécessaires nous faisons appel en premier lieu aux organisations dentaires, affiliées à la F. D. I. ainsi qu'à leurs membres, les dentistes. C'est un devoir moral.

Outre des dons pour le trustee-fund, il peut être mis à la disposition de la Commission également des subventions annuelles périodiques ou continues.

Gouvernements et Institutions.

Les Gouvernements, autorités sanitaires et autres institutions et associations qui ont soin de la santé publique peuvent aussi nous subventionner, ainsi que les industriels, les caisses d'assistance, les assurés, les autorités scolaires, qui doivent élever la jeunesse scolaire sous un régime hygiénique, la Croix-Rouge, etc., etc. Au Canada, par exemple, la Croix-Rouge a promis son appui financier.

Particuliers.

Enfin entrent en considération des philanthropes comme M. Eastman, de Rochester.

NÉCROLOGIE

V. E. Miégeville

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France vient de faire une perte très douloureuse en la personne de notre excellent ami Victor Emile Miégeville qui, depuis 25 ans, a pris une part des plus actives à la vie des diverses branches de ce Groupement.

Depuis un certain nombre d'années sa santé avait été fortement ébranlée par une longue et grave maladie dont il ne s'était jamais remis complètement.



Il est décédé le 14 août, dans sa 55e année, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres), sa ville natale, où il passait ses vacances.

Sa carrière professionnelle a été des plus laborieuses.

D'abord pharmacien de 1re classe, il se tourna ensuite vers la dentisterie ; il était diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et obtenait le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris en 1906.

Dès 1905, il était préparateur du cours et en 1906, il était démonstrateur, et chargé du service de la pharmacie de l'Ecole .En 1907, il était, après concours, nommé chef de clinique, poste qu'il continua d'occuper tout en étant, par la suite, chargé du cours préparatoire de thérapeutique dentaire.

Mais, indépendamment du domaine de l'enseignement où il était des

plus appréciés, il joua un rôle considérable dans l'administration du Groupement. Il était membre du Conseil de direction de l'E. D. P. depuis 1908, avec le poste d'économe et remplit avec beaucoup d'activité et de dévouement ces délicates fonctions. Membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. depuis 1910, il en fut longtemps trésorier et, comme président de la Commission de prévoyance, il attacha son nom à la création de l'*Aide immédiate en cas de décès*.

Administrateur-gérant du journal l'*Odontologie* pendant près de 20 ans, il s'était employé avec toute sa compétence à la prospérité de cet organe et y avait pleinement réussi ; la maladie seule l'avait amené, à son grand regret et à celui de tout le Comité de rédaction, à résigner ses fonctions dans lesquelles il a rendu les plus grands services à notre journal, où sa mort nous laisse un profond chagrin.

Le côté scientifique de la profession ne le trouvait pas indifférent. Secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris de 1919 à 1922, il en avait été vice-président en 1923-1924 et président en 1925-1926. On lui doit un certain nombre de publications, notamment sur l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle pour laquelle il a imaginé un des meilleurs masques pour l'emploi de cet anesthésique.

Sa double qualité de pharmacien et de chirurgien-dentiste lui avait permis de s'occuper avec compétence de la combinaison de diverses substances médicamenteuses et c'est ainsi que l'on lui doit la *Sérocaïne*, un des meilleurs composés anesthésiques locaux employés actuellement, ainsi qu'un composé qu'il a dénommé *Formothymol*, excellente préparation pour la désinfection des canaux. A propos de ces substances, dont il a établi rationnellement la composition qu'il a fait très libéralement connaître, il a publié d'intéressantes études sur l'anesthésie locale et la désinfection des canaux.

Membre du Conseil d'administration de la Société Coopérative des dentistes de France, il y a occupé jusqu'à l'année dernière le poste de trésorier, que son état de santé venait de l'obliger à abandonner au grand regret de ses collègues.

Il avait fait la campagne de 1914-1918 comme pharmacien-major de 2e classe de l'armée territoriale et tous ses collègues et ses amis avaient été heureux de lui voir récemment attribuer la croix de chevalier de la Légion d'honneur ; il était en outre officier de l'Instruction publique et avait reçu la médaille d'or de l'Assistance publique pour avoir assuré pendant un certain nombre d'années le service dentaire dans plusieurs établissements de cette Administration.

D'un caractère particulièrement affable, doué d'une grande douceur et d'une nature conciliante, il gagnait facilement la sympathie de ceux qui avaient commercé avec lui ; ses confrères avaient pour lui une

profonde estime et sa disparition leur cause à tous un grand chagrin.

Nous adressons à sa veuve, à son père, à son beau-frère, M. Chomont, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, ainsi qu'à toute sa famille, l'expression de notre vive et douloureuse sympathie.

Les obsèques ont eu lieu, le 17 août, à Saint-Maixent. M. Blatter, comme président-directeur général de l'E. D. P. et président d'honneur de l'A. G. S. D. F., s'y est rendu pour représenter le Groupement et la Société coopérative des dentistes de France, au nom desquels il a prononcé l'allocution suivante :

Allocution de M. Blatter.

La mort est l'effondrement total de l'être humain. C'est une cruelle, une éternelle absence qui laisse vivant le noble culte du souvenir, de l'affection. Le douloureux spectacle de cette tombe, si prématurément ouverte, où repose de son dernier sommeil Emile Miégeville, éveille en moi un si long passé professionnel qu'il est impossible de garder le silence sans briser les liens indestructibles de la reconnaissance.

En venant saluer, au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Association générale syndicale des dentistes de France et de la Société coopérative des dentistes de France, la dépouille mortelle du cher disparu, comment pourrais-je oublier que je prends congé pour toujours d'un vieil ami de 30 ans !

Emile Miégeville a été pour toutes nos Sociétés, durant de longues années, un collaborateur précieux. Si nous parcourons son *curriculum vitæ* nous voyons qu'il a gravi successivement tous les degrés de la hiérarchie professionnelle, en rendant partout des services appréciés de tous ses confrères.

Elève à l'Ecole dentaire de Paris en 1903, déjà possesseur de son titre de pharmacien de 1[re] classe qu'il mit à la disposition de notre institution, il sort en 1905 avec le diplôme de l'Ecole et obtient, la même année, celui de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. En 1906, il entre comme démonstrateur ; en 1910, il passe brillamment le concours de chef de clinique. Le titre de chargé du cours de thérapeutique dentaire lui est conféré.

Dans les fonctions administratives Emile Miégeville rend les plus grands service. Le Conseil de direction de l'Ecole lui confie le poste délicat d'économe.

Les questions syndicales, d'assistance et de prévoyances professionnelles le passionnent. Son rôle fut considérable. Il fut président de la Caisse de prévoyance, et le Conseil d'administration de l'Association pour lui témoigner sa gratitude et sa confiance, en fit son vice-président.

C'est à Emile Miégeville que nous devons la création de l'*Aide immédiate en cas de décès*, qui, par son but éminemment philanthropique, rend les plus grands bienfaits.

Pour ses remarquables communications et travaux scientifiques, la Société d'Odontologie de Paris le nomme président. L'activité d'Emile Miégeville était inlassable, il donnait même son temps aux œuvres d'assistance. Durant plusieurs années, il assura avec un dévouement au-dessus de tout éloge la fonction délicate de dentiste-inspecteur des Ecoles des pupilles de l'Assistance publique à Yzeure. En reconnaissance de ses services il reçut, en 1920, la médaille d'or de cette Administration.

Durant la grande guerre, il fut hautement estimé et apprécié de ses chefs militaires. Il connut les angoisses de l'occupation allemande, lors de l'invasion d'Amiens. Il fut nommé plus tard à l'hôpital de Gravelines où il assurait un service important sous le bombardement. En 1927, le Ministre de la Guerre le récompensa en lui conférant la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Cette haute distinction fut pour Miégeville l'apothéose de sa carrière.

Voilà en quelques mots le chemin qu'il a parcouru. Honneur à l'homme, honneur pour la profession !

S'il est vrai que l'honneur de la vie soit de se consacrer à une forte conviction et d'y conformer ses pensées et ses actes, il est doux de nous incliner devant cette belle figure avec autant de respect que de reconnaissance.

Oui, mon cher Miégeville, votre vrai tombeau sera le cœur de tous ceux qui vous ont connu, et qui vous pleurent.

Au nom de nos groupements reconnaissants, nous lui adressons un suprême adieu et nous apportons à sa famille, si cruellement éprouvée, nos sympathies émues, avec nos hommages respectueux.

PRINCIPALES PUBLICATIONS DE V. E. MIÉGEVILLE.

Le formothymol-crésyl dans le traitement des caries du 3e et du 4e degré (1909).

Inhalateur pour narcose. Nouveau masque pour l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle (1910).

Les eaux oxygénées ; la préparation immédiate d'une eau oxygénée alcaline par le perborate de soude ; ses propriétés, ses usages thérapeutiques.

L'anesthésie générale de courte durée par le chlorure d'éthyle ou tout autre composé éthylé avec un nouveau masque inhalateur d'anesthésiques.

L'anesthésie locale intensive obtenue par les mélanges en solution isotonique : la sérocaïne (1911).

Photographies destinées à l'enseignement des restaurations maxillo-faciales (1916).

Le protoxyde d'azote-oxygène et le masque Desmarets-Lericolais (1921).

Le traitement des canaux (canal, canalicules, péri-apex), en collaboration (1923).

Dr Hugenschmidt

Le Dr Arthur Hugenschmidt, D. D. S., spécialiste dans les maladies de la bouche et des dents, est décédé le 7 septembre, à l'âge de 67 ans.

Il était né à Paris le 22 septembre 1862.

D. D. S. de l'Université de Pensylvanie en 1885, il en était docteur en médecine depuis 1887 et docteur français depuis 1896.

On lui doit des travaux remarqués, notamment sa thèse inaugurale : Etude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes, des complications infectieuses buccales et dentaires de la grippe, étude expérimentale sur l'action du bromhydrate d'hyoscine, de la nitroglycérine, de l'acide cyanhydrique, etc., sur la circulation du sang, etc., etc.

Chevalier de la Légion d'honneur en 1909, il avait été promu Officier en 1924.

Ses obsèques ont eu lieu le 10 septembre.

MM. Blatter, E. Darcissac et Guichard y représentaient le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

M. Goilot

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Goilot, membre de l'A. G. S. D. F., décédé en août dernier.

Gangloff

Nous avons également le regret d'enregistrer la mort de M. Léon Gangloff, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, qui avait fait des dons à la bibliothèque de cette Ecole, survenue le 3 août à l'âge de 54 ans.

M. Wallis-Davy représentait le Groupement de l'E. D. P. aux obsèques.

J. Tessier

On annonce la mort, à l'âge de 49 ans, de M. Jean Tessier, chirurgien-dentiste à Biarritz, survenue le 23 septembre 1929.

Nous adressons nos condoléances aux familles.

***

M. et Mme Maréchal-Wintergerst viennent d'être éprouvés par le décès de leur beau-père et père, M. Edmond Maréchal, survenu le 15 septembre dans sa 83e année.

***

On annonce le décès de Mme E. Michel, mère du Dr R. Michel, de Paris, et de M. Henri Michel, chirurgien-dentiste à St-Calais (Sarthe).

Nous adressons à nos confrères nos sypmathiques condoléances, avec l'expression de nos regrets.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous avons le plaisir d'apprendre que, par décret du 19 août, notre confrère M. Albert Schuler, membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé chevalier de la Légion d'honneur (Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.)

***

Nous relevons au *Journal Officiel* du 14 août 1929, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de M. André Fernagut, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, directeur de l'Ecole dentaire de la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie).

Nous leur adressons nos confraternelles félicitations.

***

Nous avons également le plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. Grillet, chef du Service des Travaux à l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris (*J. Officiel* du 21 août 1929), ainsi que celle de M. Maucour, surveillant général à l'Ecole dentaire de Paris, au titre militaire.

Nous leur adressons nos très vives félicitations.

Ecole dentaire de Lyon. — *Concours pour une place de professeur suppléant de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale.*

Un concours sur titres aura lieu le lundi 21 octobre à 11 heures.

Les candidats sont priés de déposer huit jours avant cette date l'exposé de leurs titres au Secrétariat de l'Ecole, 6, rue de l'Université.

Concours pour des postes de chefs de clinique.

Ce concours aura lieu le lundi 21 octobre à 9 heures.

Les conditions du concours sont affichées au Secrétariat de l'Ecole, 6, rue de l'Université.

Société Dentaire Américaine d'Europe. — La prochaine réunion de l'*American dental Society of Europe* aura lieu à l'Hôtel Negresco, Nice, le 20 avril 1930 (Pâques).

Croisière de Bruxelles-Médical. — L'an prochain, la croisière de *Bruxelles-Médical* aura vraisemblablement lieu « *Aux Capitales du Nord* ». Oslo, Stockholm, Visby (Ile de Gothland, Riga, Helsingfors, Leningrad, Gdynia (Varsovie), Dantzig, les villes hanséatiques, pour arriver à Copen-

hague pour le Congrès (5 août) ; OU BIEN « *de l'Adriatique méridionale au Mont-Athos* » par la Dalmatie, le Monténégro, l'Albanie, Corfou, la Grèce jusqu'à Salorique et retour par la Sicile. La section des voyages de *Bruxelles-Médical* (29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles) insiste auprès des intéressés pour qu'ils fassent parvenir toutes suggestions qu'ils jugeraient utiles.

Mariages. — Le mariage de M. Paul Alexandre, d'Arras, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Renée Wilvoet, a eu lieu le 29 juin.



On annonce le mariage de Mlle Jean Broph Logan, fille de notre confrère le Dr W. G. Logan, de Chicago, qui présida le Congrès Dentaire International de Philadelphie en 1926, avec M. Donald Leandre La Chance.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissances. — Mme et M. René Prisson, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, nous font part de la naissance de leur fille Nicole.

M. et Mme Steffen, de Montluçon, nous annoncent la naissance de leur fils Jean-Michel.

Nous leur adressons nos félicitations.

AVIS

En raison des difficultés d'organisation du Congrès d'Alger, (*avril* 1930), pendant les fêtes du Centenaire, nous prions les Membres de l'A. F. A. S., désireux de participer à cette session, de vouloir bien en aviser dès à présent cette Association.

Cette inscription ne comporte aucun engagement définitif.

Nous rappelons que seuls les membres de l'A. F. A. S. ont droit aux différents avantages accordés à l'occasion du Congrès.

49e ANNÉE. N° 10. 30 OCTOBRE 1929 Vol. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MÉDICAMENTS HÉMOSTATIQUES

Par le Dr Pierre ROLLAND,

Ancien chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine.

(*Communication à la Semaine Odontologique*).

615.771.5

Eloigné de la pratique de l'art dentaire depuis de nombreuses années, nous sommes particulièrement mal placé pour traiter de façon pratique et vraiment intéressante le vaste sujet de l'hémostase et des médicaments hémostatiques.

Nous vous demanderons toute votre indulgence.

L'extraction des dents fut pratiquée depuis les temps les plus reculés, ne fût-ce que sur les dents branlantes, et avec les instruments les plus divers. Elle paraît avoir été redoutée.

Erasistrate proscrivait l'extraction sauf pour les dents vacillantes. Il écrivait qu'on montrait à Delphes, dans le temple d'Apollon, un instrument de plomb destiné à tirer les dents, constatation d'où l'on pouvait déduire qu'il ne fallait enlever que celles qui étaient mobiles et disposées à céder au moindre effort.

Héraclide et *Hérophile* font mention de cas de mort à la suite d'extractions de dents.

L'hémorragie consécutive à toute extraction paraît avoir fait redouter aux anciens l'extraction des dents, probablement en raison du peu de moyens, instruments ou médicaments dont ils disposaient pour arrêter l'écoulement du sang.

La cautérisation et surtout la compression à l'aide de plumasseaux, de fibres végétales, d'éponges, de coton, de charpie, d'amadou, imbibés de principes médicamenteux astringents divers, paraissent avoir été les deux seuls moyens utilisés ayant quelque efficacité : les médicaments internes destinés à favoriser la coagulation du sang leur apparaissant comme inactifs, sauf la purgation.

Tous les auteurs sont unanimes à conseiller de débarrasser l'al-

véole des caillots, esquilles et tissus enflammés avant de pratiquer le « tamponnage » de la cavité d'extraction, montrant ainsi un sens chirurgical développé.

Tous conseillent une compression énergique et prolongée du tamponnement, maintenu par le malade lui-même, soit avec le doigt, soit en lui faisant serrer entre les deux maxillaires un fragment de bois ou de liège appliqué entre les dents directement sur le tampon alvéolaire.

La plupart reconnaissent l'inefficacité des cautérisations chimiques ou avec le fer rouge, l'hémorragie reprenant de plus belle à la chute de l'eschare.

Bourdet (1786), *Ricci* (1791), *Duval* (1802), *Laforgue* (1802), *Tenon* (1816), *Koecker* (1826), relatent d'assez nombreux cas d'hémorragie consécutive à l'extraction des dents, dont plusieurs suivis de mort ; mais il ressort de leurs observations que ces hémorragies graves ne sont produites que chez des « sujets mols, chez les scorbutiques, les hémophiles ; les sujets sains et bien constitués n'ayant pas d'hémorragies inquiétantes ».

D'ailleurs *Albucassis*, médecin arabe du XI[e] siècle, avait déjà signalé une altération spéciale du sang, restée ensuite longtemps dans l'oubli. Nous l'appelons aujourd'hui l'hémophilie.

Moreau, en 1873, signale dans une statistique où il analyse vingt-six cas d'hémorragies mortelles consécutives à des extractions dentaires, quatorze sujets atteints d'hémophilie congénitale, trois sujets atteints de scorbut, deux sujets atteints d'anévrisme de l'artère dentaire et sept sujets ayant eu des hémorragies post-opératoires dentaires, de cause indéterminée.

Il relate l'échec, dans la plupart des cas, de l'application de l'acide sulfurique, de la créosote, de la pierre infernale, du fer rouge ; par contre le tamponnement associé ou non à des principes médicamenteux paraît avoir sa préférence. Une fois il employa la cire d'une bougie appliquée assez chaude dans l'alvéole et maintenue comprimée ; l'emploi de la chaux et du plâtre sont également signalés.

Ces différents cas, publiés dans les journaux profesionnels de l'époque, avaient un certain retentissement et *Luigi*, en 1876, commence sa thèse par la phrase suivante :

« *Parmi les opérations chirurgicales, l'extraction des dents est réputée entre toutes, la plus simple et la plus bénigne. Chacun sait le sans-gêne avec*

lequel elle se pratique. De l'hémorragie qui en est la conséquence, nul n'a souci tout d'abord, pas plus le patient que le vulgaire arracheur de dents, ou même trop souvent, le dentiste habile et instruit. Cependant les hémorragies graves, mortelles même, ne sont malheureusement pas niées à la suite de l'avulsion des dents. Je viens d'en faire, non sans danger, l'expérience personnelle ».

Il est évident qu'après avoir failli mourir des suites de l'extraction d'une molaire, *Luigi* ne pouvait guère en être un chaud partisant. Que dirait-il à l'heure actuelle en lisant les procédés radicaux de cure de la pyorrhée et des dents infectées employés dans certains pays ?

L'auto-observation de *Luigi* est cependant intéressante, car on y trouve, systématiquement associés, le traitement local (compression médicamenteuse au perchlorure de fer, à l'alun, à la poudre d'arnica, à l'amadou, à la charpie sèche) et le traitement général conseillé par *Verneuil*, lui-même, dont *Luigi* était l'élève, l'absorption de sulfate de quinine à dose assez forte.

Nous aurions pu trouver et analyser de nombreux cas d'hémorragie grave post-opératoire. Nous avons été témoin, nous-même, dans le service de notre Maître et professeur *Auvray*, d'une hémorragie dentaire d'une gravité exceptionnelle qui nécessita la ligature de la carotide externe, après l'échec de toutes les thérapeutiques locales et générales les plus énergiques.

Malgré tous ces exemples, on peut affirmer que l'hémorragie dentaire grave ou mortelle est relativement très rare. C'est, heureusement un fait d'exception, comparativement au très grand nombre d'extractions pratiquées chaque jour. Il est cependant nécessaire de se mettre à l'abri de tels accidents et de réduire les chances d'hémorragie qui, même légères, impressionnent toujours très défavorablement le malade.

Certaines précautions, simples, faciles, peuvent être prises, qui donneront confiance au malade, tout en diminuant efficacement les risques d'hémorragie.

Ici se pose la question du pansement hémostatique systématique de la plaie alvéolaire après l'extraction.

Doit-on laisser à la nature seule le soin d'arrêter l'hémorragie et de réparer les dégâts faits par l'extraction, ou bien, en protégeant la plaie opératoire, doit-on l'aider dans son effort de reconstitution par l'application d'un pansement, après avoir procédé au nettoyage

minutieux de l'alvéole, afin de la débarrasser de tous les tissus contaminés qui en tapissent généralement le fond, lorsque la dent extraite était infectée ? En un mot, doit-on rompre définitivement avec la pratique la plus communément répandue qui consiste à laisser la plaie opératoire non protégée contre les liquides buccaux, après avoir fait un simple lavage de l'alvéole avec de l'eau pure ou une solution antiseptique, sans curettage de l'alvéole ?

Personnellement, nous pensons qu'il serait préférable de panser l'alvéole comme toute autre plaie opératoire intra-buccale, après l'avoir débarrassée de toutes les fongosités septiques qui l'encombrent.

On reproche au pansement alvéolaire post-opératoire, de provoquer de la rétention et des douleurs plus ou moins tardives, qui cessent d'ailleurs dès que le tamponnement a été enlevé. Cette précaution serait donc inutile puisque la plaie alvéolaire se ferme d'elle-même, sans ennui dans la plupart des cas. Mais alors, pourquoi dans les opérations chirurgicales intra-buccales, même bénignes, cherche-t-on de plus en plus, lorsque cela est possible, à protéger la plaie opératoire, ne fût-ce que pendant quelques heures ?

Nous croyons donc qu'il serait désirable d'assurer après toute extraction le nettoyage et le pansement systématique de l'alvéole, afin de mettre les tissus en meilleur état de résistance.

En effet, après une anesthésie locale, le régime normal du système vasculaire se trouve profondément modifié, aussi bien en ce qui concerne sa tonicité que sa faculté de sécréter *in situ* des corps zymoplastiques, qui aident puissamment à la coagulation du sang. Le régime de cicatrisation vasculaire et de coagulation est changé et n'est pas comparable à celui d'une plaie opératoire ou accidentelle produite dans des tissus qui n'ont pas suivi l'action locale de l'anesthésique.

Les cellules migratrices et de défense arriveront et agiront avec un certain retard et une certaine mollesse, le caillot qui obture les capillaires sanguins ne sera pas d'une qualité louable, la porte à l'infection capillaire et lymphatique restera donc ouverte anormalement, et cela d'autant plus que la bouche renferme par myriades des microbes dont la virulence atténuée peut s'exalter subitement et principalement au niveau des tissus traumatisés par l'extraction.

Il semble préférable de protéger la plaie opératoire, ne fût-ce que quelques heures, pendant tout le temps d'élimination de l'anes-

thésique, afin de permettre la formation d'un caillot aseptique de bonne qualité, qui obturera les vaisseaux et les capillaires et les lacunes osseuses des maxillaires.

Lorsque ce pansement sera enlevé, les défenses locales se seront organisées et l'infection buccale ne pourra pas facilement pénétrer en profondeur dans les tissus osseux.

Technique et médicaments a utiliser pour l'hémostase

Hémostase locale. — L'hémostase locale, chaque fois qu'elle peut être appliquée, est supérieure à l'hémostase générale, pour de multiples raisons.

L'action du médicament est directe par la mise en contact de l'hémostatique avec la plaie et les vaisseaux arrachés et sectionnés.

En art dentaire, l'hémostase locale jouit de la plus grande faveur et à juste titre, puisqu'il est pratiquement impossible de réaliser la forcipressure d'un vaisseau au fond d'un alvéole.

Un choix judicieux doit cependant être fait parmi les hémostatiques à appliquer, car tous sont loin d'avoir la même action. Certains produits ont une action hémostatique et réparatrice, ils peuvent être utilisés en tamponnement et administrés par les voies digestives ou hypodermiques (sérums, gélatine, propeptone, chlorure de calcium, etc.) ; d'autres, au contraire, sont offensants pour les tissus et les humeurs qu'ils coagulent ou décomposent et n'agissent que mécaniquement et chimiquement (eau oxygénée, antipyrine, perchlorure de fer, etc.).

Il faudrait pouvoir nettement diviser les hémostatiques en deux grandes catégories :

Les drogues qui agissent sur la circulation et celles qui modifient la coagulation du sang en accélérant et en favorisant la formation du caillot.

Cette division est impossible dans l'état de nos connaissances actuelles, car l'efficacité hémostatique de certains corps est manifeste sans que le mécanisme de leur action puisse être expliqué et aussi parce que certaines drogues sont à la fois vasomotrices et coagulantes.

Il faudrait un volume pour étudier tous les corps auxquels on attribue des propriétés hémostatiques, nous nous contenterons de passer rapidement en revue les principaux, en indiquant briève-

ment leur action physiologique, les propriétés chimiques se trouvant dans tous les manuels classiques.

Médicaments vaso-constricteurs. — Parmi ceux-ci et un des plus anciens (XVIIe siècle), l'ergot de seigle ou ses préparations. L'ergot de seigle est avant tout un hémostatique *vasculaire dont l'efficacité est fonction de la richesse en fibres lisses de l'organe saignant et de la disposition anatomique des fibres lisses par rapport aux vaisseaux de l'organe* (Martinet). Je n'ai pas besoin de vous dire que l'action hémostatique de l'ergot de seigle est à peu près nulle au niveau de l'alvéole, alors qu'elle est extrêmement puissante sur les vaisseaux internes. C'est peut-être pour cette raison qu'on n'a pas classé l'ergot de seigle au nombre des hémostatiques qui peuvent être délivrés pour l'art dentaire. Par contre, malgré la richesse de l'intestin en fibres lisses, l'ergot de seigle est pour ainsi dire inactif parce que les fibres lisses sont parallèles aux vaisseaux.

L'Hamamélis Virginica ou noisetier des sorcières, qui pousse au Canada, agit activement sur les capillaires et *les veines, mais surtout lorsque ces vaisseaux sont atteints de dilatations pathologiques.* Nous ne croyons pas qu'il soit d'une grande utilité en art dentaire.

L'Hydrastis Canadensis, très souvent prescrit seul ou associé avec l'Hamamélis, est vaso-constricteur à faible dose, vaso-dilatateur à dose élevée. Sous son influence, il y aurait vaso-constriction périphérique, augmentation de la pression sanguine et ralentissement du cœur.

Pas plus que l'Hamamélis, l'Hydrastis n'est à recommander dans la pratique de l'art dentaire.

Quinine. — La quinine a été employée depuis longtemps contre les hémorragies en général. Nous avons vu que Verneuil l'avait préconisée à son élève Luigi, à la suite d'une hémorragie grave consécutive à l'extraction d'une dent de sagesse. Actuellement encore on ignore le mécanisme de l'action hémostatique de la quinine, son emploi est surtout usité en médecine générale. Rien cependant ne s'oppose à ce que la quinine soit prescrite comme hémostatique général en art dentaire.

Antipyrine. — L'antipyrine est beaucoup plus employée et à juste titre, en raison de son action vaso-constrictive locale certaine. Sa combinaison avec le perchlorure de fer, connue sous le nom de

ferripyrine, est également efficace, mais comme coagulant, sans action vaso-constrictive propre sur les vaisseaux.

Le Marron d'Inde, qui jouit d'une vogue méritée, n'a d'action vaso-constrictive que sur les veines, il n'est donc pas employé en art dentaire.

A côté des médicaments vaso-constricteurs que nous venons de passer en revue, il existe une série de médicaments vaso-dilatateurs qui participent à l'arrêt des hémorragies en modifiant le régime circulatoire général et en répartissant, pour ainsi dire, la masse sanguine dans d'autres territoires que celui qui saigne, en diminuant la pression artérielle, en ralentissant la circulation, ralentissement qui favorise la coagulation du sang. C'est donc par action secondaire qu'ils agissent sur les vaisseaux de la peau.

Ces médicaments sont dangereux à manier. On leur reproche, avec raison, de troubler brusquement l'irrigation des centres nerveux bulbaires et encéphaliques et d'augmenter le shock. Ils sont contre-indiqués dans les grandes hémorragies et l'on est bien peu fixé sur leur action dans les hémorragies de petite importance. Certains d'entre eux sont particulièrement dangereux chez les sujets dyspnéiques tels que les tuberculeux hémoptoïques.

Dans cette catégorie nous rangeons : le nitrite d'amyle, la trinitrine, le tétranitrol.

Le Gui, que les commères de Sologne emploient contre les hémorragies internes, paraît moins dangereux à manier. Gaultier, qui l'a étudié en 1905, l'utilise dans les épistaxis, mais son emploi en art dentaire ne paraît pas particulièrement indiqué.

Nous ne citons cette classe de médicaments que pour mettre le praticien en garde contre leur emploi sans examen préalable et attentif du malade.

Médicaments coagulants. — Trois grandes classes de médicaments apparaissent tout de suite dans cette catégorie :

1° Les corps agissant mécaniquement tels que l'amadou, le penghawar, le coton cardé, la cire, le plâtre, la chaux, les agents physiques, le grand froid ou la forte chaleur, l'électricité, l'électro-coagulation, les rayons X, le radium et ses émanations.

2° Les médicaments chimiques qui produisent des coagulations locales aux dépens des albumines qu'ils altèrent : acide sulfurique dilué, acide trichloracétique, acide chromique, acide acétique, acide tannique, ratanhia, perchlorure de fer, ferripyrine, etc... Certains

de ces médicaments lèsent gravement les tissus, même les tissus osseux de l'alvéole, favorisent les eschares, les séquestrent, et sont souvent la cause des hémorragies secondaires, aussi redoutables que les hémorragies primaires, peut-être même plus dangereuses parce qu'elles surviennent au moment où l'on ne s'y attend plus, à la phase d'élimination des tissus traumatisés et des caillots infectés.

3° Les coagulants physiologiques qui agissent localement en favorisant la formation du caillot par action spécifique sur les ferments coagulants humoraux, et qui, au lieu de traumatiser les cellules, favorisent la régénération et la réparation des tissus.

Outre leur action locale, ces corps ont une action générale ; leur utilisation peut donc se faire par deux voies différentes, *in situ* au moyen de pansements, et par les voies digestives ou sous-cutanées.

Parmi ceux-ci nous citerons tous les sérums hémopoiétiques, la gélatine, la peptone, le chlorure de calcium, le chlorure de sodium en solution hypodermique. Ils trouvent tous en art dentaire un large emploi. Leur application est sans danger, non toxiques certains d'entre-eux pouvant être ingérés à forte dose et provoquer la formation des ferments coagulants dans une circulation difficile.

La peptone en particulier, dont l'action directe sur le foie paraît favoriser et réveiller la sécrétion de l'antitrombine et des autres ferments coagulants, la trombozyme et la fibrinolysine.

Médicaments hémostatiques a action indéterminée

Parmi les médicaments, nous citerons seulement l'Ipéca, l'Emétine et l'Opium.

L'Ipéca appliqué localement est irritant : il est surtout employé contre les hémorragies pulmonaires et intestinales, souvent associé à l'Opium. Son action vaso-constrictive sur les capillaires pulmonaires a été réellement démontrée, mais on ne peut affirmer son efficacité dans les hémorragies locales.

L'action de l'Emétine est certaine dans le domaine de la circulation pulmonaire et, bien que le mécanisme de son action sur la circulation générale ne soit pas encore parfaitement élucidé, elle se montre active dans la majorité des hémorragies des capillaires.

L'Opium, ses alcaloïdes ou ses dérivés n'agissent qu'en imposant au malade un repos et une somnolence qui favorisent la coagulation du sang uniquement en supprimant tout changement brusque dans la pression sanguine.

Médicaments opothérapiques

Nous dirons seulement un mot des médicaments opothérapiques, beaucoup plus pour être complet que pour conseiller leur utilisation en art dentaire. Leur emploi relève de la médecine générale pour la plupart, sauf l'Adrénaline que vous connaissez tous et employez couramment. Nous rappellerons surtout les effets secondaires de celle-ci. Employée localement, seule ou associée à d'autres produits (antipyrine, sérum, etc...), une vaso-dilatation brutale succède à la vaso-constriction et l'hémorragie secondaire peut être redoutable.

L'opothérapie hépatique, que la méthode de Wipple vient de remettre à la mode en précisant et rénovant la technique de son emploi, est particulièrement efficace en ce sens qu'elle favorise la formation des ferments coagulants du foie et la régénération des cellules du sang.

L'opothérapie hépatique est donc à la fois hémostatique et réparatrice.

L'opothérapie splénique donne également de bons résultats, mais paraît agir avec moins d'efficacité sur l'opothérapie hépatique.

L'extrait d'hypophyse en injections intra-veineuses ou intra-musculaires a une action vaso-motrice certaine. On l'emploie beaucoup dans les hémorragies de la petite et de la grande circulation, mais son emploi ne s'est pas généralisé en art dentaire, bien qu'à côté de l'action vaso-constrictive pulmonaire, l'hypophyse possède un pouvoir coagulant manifeste.

Parmi tous ces médicaments, c'est au praticien de choisir suivant les circonstances, la gravité des cas et l'état général du malade, le meilleur hémostatique local ou général en commençant par les moins toxiques, afin d'éprouver la sensibilité du malade et en n'oubliant pas que le meilleur moyen d'arrêter une hémorragie lorsque la ligature du vaisseau peut être pratiquée, c'est de combiner l'action mécanique à l'action chimique ou physiologique du médicament.

Nous dirons seulement qu'il faut donner la préférence aux préparations ou aux techniques qui, tout en favorisant la coagulation, accélèrent la cicatrisation.

ABCÈS PALATIN D'ORIGINE DENTAIRE

Par René LERICHE.

(Communication à la Semaine Odontologique, 1929).

616.315 002.3

M. D., âgé de 30 ans, exerçant la profession de représentant en soieries, se présente le 13 janvier 1929 à la consultation de stomatologie de mon maître M. le Dr Lebedinsky, à l'hôpital Cochin, adressé par son dentiste M. di Geronimo, pour un abcès du voile du palais, siégeant du côté gauche.

Historique. — Le malade nous raconte que, le 25 décembre 1928, il éprouva une difficulté à ouvrir la bouche et une gêne prononcée du côté gauche de la face. Il se fit des lavages de phénosalyl.

Le trismus persistant, il se rend le 5 janvier 1929 chez un dentiste qui diagnostique un accident d'évolution de la dent de sagesse inférieure gauche, lui ordonne des lavages désinfectants, et le prie de revenir une quinzaine de jours plus tard s'il éprouve des douleurs.

Le 12 janvier, le malade s'étant aperçu d'une grosseur siégeant au palais, se rend à nouveau chez son dentiste, qui diagnostique un abcès du voile du palais ; il nous l'adresse le lendemain à la consultation de M. le Dr Lebedinsky.

Examen externe du malade. — Le malade ne paraît pas déprimé, ne se plaint pas de réaction fébrile, et a une réaction ganglionnaire sous-maxillaire gauche, mais non douloureuse, pas d'asymétrie faciale. Le malade déclare dormir normalement. Son pouls est normal, et nous ne voyons pas l'utilité de prendre sa température.

Examen interne. — Le malade ouvre la bouche avec un peu de difficulté, mais n'a pas le trismus intense que provoque souvent l'accident d'évolution de la dent de sagesse inférieure. Cela nous permet d'examiner sa cavité buccale assez facilement.

Ce qui frappe tout d'abord c'est l'aspect du voile du palais. Du côté gauche, celui-ci est très enflé, rouge, la grosseur est de la dimension d'une grosse noix aplatie, s'étendant en avant jusqu'au palais osseux, en arrière pendant jusqu'à la base de la langue, en dedans se prolongeant jusqu'à la luette et en dehors venant mourir au trigone rétro-molaire, derrière la dent de douze ans. A la palpation, difficultueuse en raison des réflexes nauséeux, cette grosseur est molle et fluctuante et peu douloureuse.

Le malade a une denture en bon état, quelques dents soignées. Les

dents de sagesse manquent en bas de chaque côté, existent au maxillaire supérieur.

Du côté incriminé le vestibule est libre et non douloureux, du côté lingual derrière la dent de douze ans le tissu cellulaire est gonflé, et l'on décèle une douleur légère, difficile à différencier des réflexes nauséeux très exagérés chez ce malade.

Les molaires et prémolaires inférieures gauches sont saines, sans arthrite. Derrière la dent de douze ans on ne peut passer avec une sonde qu'avec difficulté, il semble bien que l'on touche un corps dur et poli, mais l'examen est rendu assez difficile en raison du trismus léger qui existe et surtout des réflexes du malade.

Nous pensons à une collection liquide du voile du palais, vraisemblement purulente en raison de l'évolution rapide de la grosseur, quoiqu'il y ait l'absence de fièvre, et comme étiologie nous pensons à une cause dentaire, sans doute la dent de sagesse en évolution.

Nous demandons une radiographie, pour confirmer le diagnostic, et, comme le malade ne souffre pas, nous le renvoyons au surlendemain à notre service à l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris.

Le lendemain, nous recevons un coup de téléphone d'un dentiste, nous demandant si nous pouvons recevoir son malade, qui a une grande gêne à la déglutition, et qui a l'impression d'étouffer.

Nous le recevons tout de suite à notre cabinet.

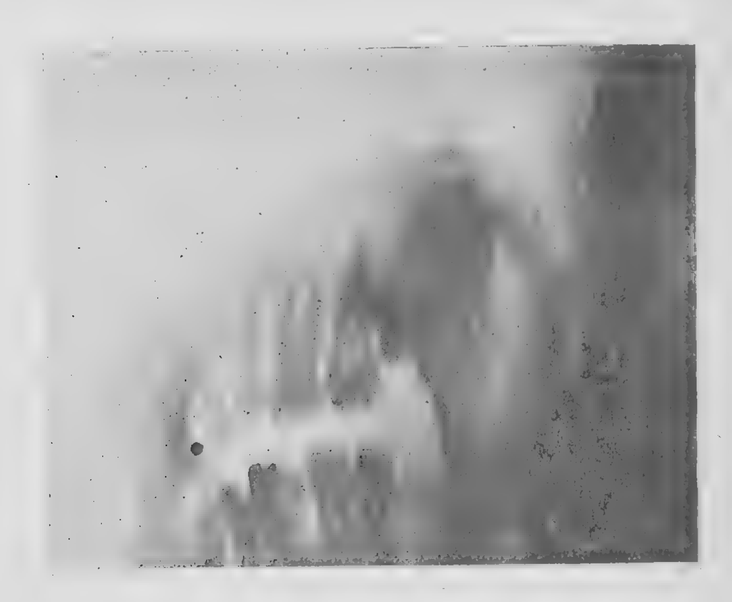
En effet les symptômes se sont aggravés, le trismus est plus grand et la tumeur a augmenté de volume. Nous ouvrons derrière la dent de douze ans, au bistouri, en direction du voile et nous faisons sourdre en quantité un pus bien lié. Lavages et gargarismes fréquents et très chauds ordonnés au malade que nous revoyons le lendemain matin à l'Ecole dentaire.

Le malade est très soulagé, nous entretenons l'ouverture pratiquée la veille afin de draîner la collection purulente. La radiographie est faite ce jour, et nous revoyons chaque jour le malade afin de le surveiller et d'empêcher la cicatrisation de l'ouverture de l'abcès.

La radiographie confirme notre diagnostic, elle nous montre une dent de sagesse, volumineuse tout au moins par sa couronne placée horizontalement derrière la dent de douze ans, la face triturante en rapport avec la racine postérieure de cette dent et le bord distal de la dent de sagesse dépassant de 1 millimètre environ le collet de la dent de douze ans.

Les accidents inflammatoires étant rentrés dans l'ordre, nous opérons le malade le 17 janvier sous anesthésie régionale. L'opération est longue et difficultueuse. Nous voulons enlever d'abord la dent de douze ans, mais les dents du malade sont très calcifiées et nous fracturons la racine mésiale, la racine postérieure venant seule avec la couronne. Nous essayons d'extraire cette racine, mais nous éprouvons beaucoup de difficultés et nous ne sommes pas certain de l'avoir extraite.

Nous voulons alors extraire la dent de sagesse, mais celle-ci ne se laisse pas luxer. Nous réséquons l'os autour de la couronne, mais n'arrivons pas à ébranler cette dent. Le malade étant fatigué en raison des efforts longs et violents nécessités par l'opération, nous décidons d'arrêter celle-ci,



nous promettant de remettre à une date ultérieure l'extraction de la dent de sagesse, si celle-ci est toutefois nécessaire, car nous prévoyons à ce moment qu'une évolution pourra se faire peut-être presque normalement par la suite, l'obstacle qui l'empêchait d'évoluer étant disparu.

Nous revoyons le malade tous les jours; naturellement le lendemain le trismus est intense et la commissure des lèvres est fendue et très douloureuse, mais les jours suivants les douleurs post-opératoires vont en diminuant, nous obtenons même une cicatrisation plus rapide de la commissure des lèvres avec l'emploi de la pommade Borostyrol.



Le malade se fait des lavages fréquents au bock avec de l'eau bouillie néolée et le 16 février nous faisons prendre une radiographie intra-buccale du maxillaire inférieur afin de nous rendre compte si la racine mésiale de la dent de douze ans existe ou tout au moins son apex. Nous constatons

avec plaisir que tout a bien été extrait et qu'il n'existe qu'un petit séquestre derrière la dent de six ans, séquestre que nous enlevons facilement avec une précelle.

L'abcès palatin a complètement disparu et la dent de sagesse évolue de façon satisfaisante. Nous pensons même qu'elle arrivera à prendre la place ou presque de la dent de douze ans.

Nous pensons que dans des cas similaires il y a intérêt à ne pas extraire la dent de sagesse, ce qui constitue une opération longue et difficile, sans parler des douleurs post-opératoires très violentes lorsqu'on est obligé de réséquer à la gouge la table osseuse qui entoure une partie de la couronne de la dent. Il faut évidemment que celle-ci évolue dans l'axe de l'arcade du maxillaire.

Dans le cas particulier nous n'avons eu qu'à nous féliciter de l'avoir conservée.

Nous avons revu le malade il y a un mois. On apercevait très bien la dent de sagesse qui semblait évoluer normalement.

Je me rappelle une communication faite il y a quelques années à la Société d'Odontologie de Paris par M. V. E. Miégeville, dans laquelle l'auteur avait extrait dans un accident de dent de sagesse primo la dent de douze ans, secondo la dent de sagesse et avait réimplanté dans le cours de la même opération la dent de douze ans extraite et naturellement ouverte et obturée entre son extraction et sa réimplantation. Dans ce cas il n'était sans doute pas possible de conserver la dent de sagesse qui évoluait vraisemblablement vers la joue, mais je crois que lorsqu'il est possible de le faire, puisque évidemment il ne saurait être question d'extraire seulement la dent de sagesse, opération impossible dans ces cas où elle se trouve placée horizontalement, il est préférable de la garder dans l'intérêt du malade.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ALLIAGES INOXYDABLES

LES APPLICATIONS DE L'AIR COMPRIMÉS DANS LA TECHNIQUE DU REPOUSSAGE

Par Maurice CHARLIER.

(Communication à la Semaine Odontologique, 1929).

616.314 × 155

Comme suite à un programme d'expériences que nous nous sommes tracé nous venons vous exposer quelques résultats relatifs à l'emploi de l'air comprimé dans la technique des alliages inoxydables.

Cette technique, telle que nous l'avons réalisée jusqu'à ce jour, a été décrite et commentée ; nous ne nous y attarderons pas, si ce n'est pour rappeler que notre méthode d'estampage est caractérisée par un procédé original et très simple, consistant en un repoussage progressif et fractionné de la plaque métallique, en partant du centre vers la périphérie et en utilisant à cet effet une masse de métal mou, martelée suivant ces données.

Cette partie essentielle du façonnage de la plaque s'effectue dans des conditions d'exécution tout à fait parfaites à la main au moyen d'un maillet métallique adapté à ce travail.

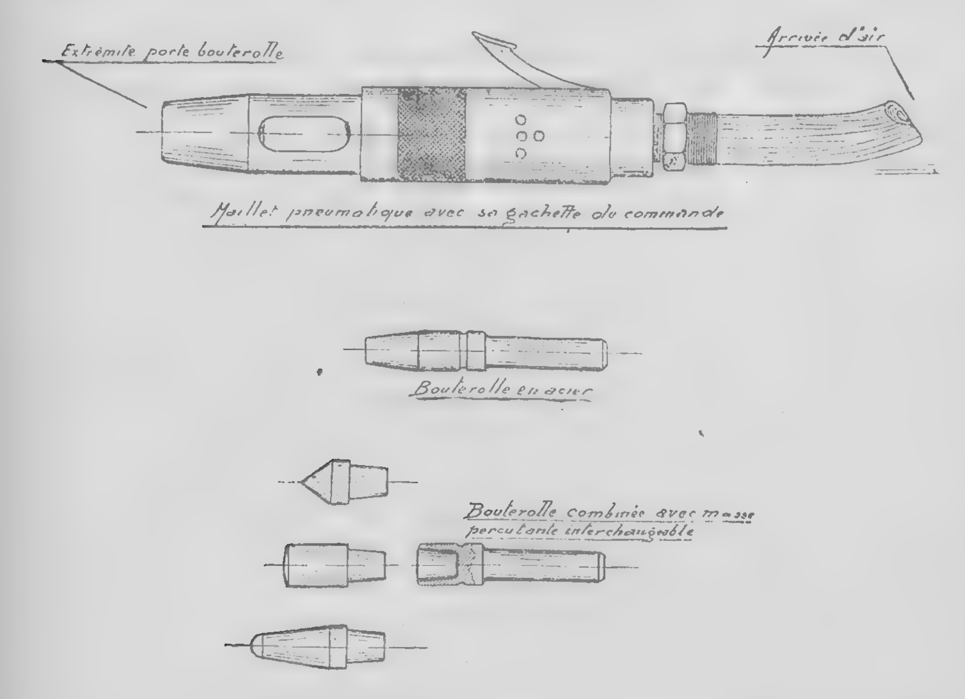
Cependant, il nous a paru intéressant d'utiliser des appareils purement mécaniques pour réaliser ce processus et nous nous sommes adressé à l'air comprimé, en raison de la grande souplesse des appareils actionnés de cette manière.

Il n'est pas dans le cadre de cette communication de citer les multiples applications de l'air comprimé dans le domaine industriel, elles sont très répandues et beaucoup même ne pourraient être remplacées par l'électricité, mais nous pouvons insister ici sur les services précieux que nous rend cet agent physique dans nos cabinets et nos laboratoires, à tel point qu'à l'heure actuelle il est impossible de concevoir une installation de praticien sans cet équipement indispensable.

Dans l'industrie, on estime qu'un ouvrier, muni d'un outil à air comprimé exécute son travail en un temps qui peut varier de cinq à dix fois plus rapidement que ne le permet l'exécution manuelle.

Personnellement, nous avons pu constater qu'un mécanicien entraîné peut frapper sans interruption 100 à 125 coups à la minute, mais cela n'est pas toujours réalisable pratiquement en raison de la fatigue qui survient, tandis que le maillet qui a servi à nos expériences frappe mille coups à la minute à la pression efficace de deux à trois kilos et peut naturellement soutenir ce régime indéfiniment.

Parmi les outils spéciaux qui pouvaient nous intéresser se trouvent les maillets pneumatiques, lesquels comportent généralement un cylindre formant la principale armature de l'appareil, dans lequel se déplace rapidement un piston massif en acier dur, constituant la masse frappante.



Au moment du travail, une bouterolle mobile est placée à l'extrémité de l'armature et se trouve en contact avec le piston à chaque coup de frappe ; ces appareils peuvent donner de 800 à 8.000 coups à la minute suivant leur destination, et leur efficacité croît avec l'élévation de la pression d'air.

Pour comprendre l'intérêt qu'il y avait d'utiliser le maillet pneumatique, il suffit de saisir les phases d'exécution du repoussage progressif c'est-à-dire l'application de la plaque de métal au centre de la matrice en zinc, la mise en place de la masse de refoulement ensuite et le martelage de cette dernière.

La phase initiale s'effectue en appuyant sur la plaque à repousser l'extrémité de l'outil percuteur que constitue la bouterolle, laquelle, pour les besoins de notre technique, peut être munie à sa pointe d'un corps approprié de métal tendre, alliage, plomb, étain, cuivre rouge, bois, corne... A ce moment l'opérateur actionne la gâchette commandant l'arrivée d'air et l'appareil entre en fonctionnement ; on porte alors le percuteur là où son action est indiquée. L'application de la plaque au centre de la matrice en zinc étant obtenue, il suffit de mettre en place la masse de refoulement et la marteler, en s'inspirant des données du repoussage progressif.

Comment faut-il envisager ce nouvel élément dans la technique des alliages inoxydables ?

Il est certain que la réalisation d'une instrumentation basée sur les résultats de ces expériences contribuera à rendre plus simple encore et plus rapide l'exécution d'un appareil à l'aide de ce procédé.

D'autre part, il n'est pas sans intérêt d'attirer l'attention sur la nécessité de tendre nos efforts vers des conceptions de méthode et d'appareillage plus en rapport avec les difficultés que cause l'absence de main-d'œuvre qualifiée.

L'emploi de maillets pneumatiques dans le travail du repoussage des aciers inoxydables démontre la possibilité de réaliser des méthodes basées sur l'utilisation d'outillage mécanique dont le rendement se traduit par un travail plus rapide et plus régulier.

DISPOSITIF STABILISATEUR POUR APPAREILS DE PROTHÈSE ORDINAIRE

CLASSE DES ÉDENTÉS A POINTS D'ANCRAGE UNILATÉRAUX ET GROUPÉS

Par H. Lentulo, D. E. D. P.

(Communication à la Semaine Odontologique, 1929.)

616.314 089.28

Avant d'aborder le sujet de ma communication, je désire m'excuser pour ce que le titre que j'ai été amené à donner au rédacteur du programme peut avoir d'un peu prétentieux.

Les anciens qui m'ont enseigné ce qu'ils pouvaient de leur pratique auraient probablement défini mon histoire « Un petit truc commode pour aider à la rétention de certains dentiers ». A mon sens, cette manière s'ajusterait mieux à ce que j'ai à vous dire. Mais nous n'avons plus le droit, paraît-il, de penser simplement.

Le problème auquel je me propose d'apporter une solution, probablement provisoire, est, je crois, et vous allez en juger, assez fréquemment posé dans nos interventions en prothèse dentaire banale.

Il se rapporte à une question de stabilité.

Nous disons volontiers qu'il n'y a pas deux cas de prothèse qui se ressemblent; que chacun d'eux apporte un problème spécial et doit recevoir sa solution particulière.

C'est certainement vrai. Il est vrai aussi qu'il y a des cas faciles, d'autres redoutables et un certain classement en est tout de même fait, au moins dans nos esprits.

Il en est pas autrement question en ce moment.

Mais lors d'un classement officiel je demanderai à introduire dans la série des cas difficiles ceux-ci qui pourraient se définir « Bouches partiellement édentées comportant au maximum cinq ou six dents restantes, groupées unilatéralement ».

Ou bien encore : « Edentés à points d'ancrage unilatéraux et groupés ».

Un exemple éclairera tout de suite ce que la définition peut avoir d'obscur.

Imaginez une bouche ne comportant plus que les six dents antérieures : centrales, incisives, canines. Le groupe molaire des deux

côtés du maxillaire étant absent. C'est là le cas le plus fréquemment rencontré.

Un autre exemple :

L'appareil de prothèse comportera en *éléments artificiels*, les six dents antérieures et le groupe molaire droit, ou gauche. C'est-à-dire qu'il reste en bouche les quatre molaires d'un seul côté. On peut encore ajouter, au besoin, la canine sans pousser la définition exagérément.

En d'autres cas, le nombre de dents restantes est encore plus réduit, quatre, trois, deux, mais *toujours groupées*, en avant ou à gauche ou à droite.

Ceci compris, ma démonstration s'appliquera aussi bien pour le maxillaire supérieur qu'inférieur. Cependant les difficultés d'appareillage qu'il s'agit de surmonter, siègent surtout au maxillaire supérieur.

Ce qui revient à s'occuper, en somme, nous allons le voir, d'une variété du porte à faux en prothèse mécanique dentaire.

Porte à faux intermittent, passif, engendré par la pesanteur de l'appareil.

Je répète qu'il est question de prothèse mobile, ordinaire, banale.

Ainsi donc, il s'agit de faire tenir en bouche de manière supportable, l'appareil ci-dessus défini. C'est là, vous le savez déjà, que sont les difficultés.

En effet, un schéma va nous dire tout de suite pourquoi certains cas de prothèse sont redoutables, et d'autres sans conséquences.

Voici un plan (démonstration au tableau) ; sous-jacent un autre plan que nous devons faire tenir par un accrochage, théoriquement unique. Selon où nous pourrons utiliser l'accrochage, la chose sera facile ou non.

Voyons le cas facile. L'accrochage dans ce cas est en (*a*) (point central). En effet, le plan sous-jacent que nous accrochons par un seul crochet sera, par rapport à la pesanteur, qui, seule, nous intéressera, en parfaite position d'équilibre.

Si nous déplaçons ce point d'accrochage légèrement vers la droite ou vers la gauche jusqu'en une certaine région *a*, par exemple, il y a toujours action et réaction sensiblement équivalentes et une stabilité relative s'établit.

Mais si nous transportons le point d'accrochage en (*b*) à une extrémité du plan, l'équilibre est rompu et l'ensemble constituera une portée à faux.

Si ce point d'accrochage était sous notre dépendance, que nous puissions l'établir en force et étendue, malgré la portée du plan inférieur en extension nous pourrions, à la rigueur, établir tout de même un système stable. Mais pratiquement, ces points-là nous devons les prendre comme ils sont et nous dépendons d'eux complètement.

Cette démonstration grossièrement schématisée à quoi correspond-elle en réalité dans notre pratique. Le schéma [1] peut se rapporter au cas de prothèse où les points d'ancrage se situeraient au niveau des prémolaires. La plaque base aura ainsi une partie postérieure à peu près égale à la partie antérieure. L'égalité de point d'appui sur la muqueuse empêche donc l'action de bascule. Bien entendu, le fait que nous avons à couvrir en bouche une surface à peu près demi-circulaire nous doit faire concevoir ce cas, dit favorable, comportant l'ancrage prémolaire des deux côtés du maxillaire avec toutes les variantes que l'on peut imaginer : ce cas est heureusement fréquent.

Fréquent aussi est le cas se rapportant au schéma (2). C'est celui-ci qui nous préoccupe.

Là, les variantes possibles sont à divers degrés toutes redoutables.

Les points d'ancrage sont en nombre restreint et *groupés*, soit en avant, soit sur le côté gauche, ou droit, toutes aboutissant au porte à faux théorique du schéma (2).

Entendons-nous encore une fois — porte à faux seulement au moment où l'action de pesanteur se fait sentir sur la masse. C'est-à-dire tout simplement que la bouche ouverte, l'appareil, du côté vide d'ancrage a tendance à tomber.

Comment opère-t-on communément dans ces cas là ? Permettez-moi de le rappeler brièvement.

Plusieurs cas :

Le premier : Les crochets sont sur un groupe molaire. Si les molaires sont hautes, des crochets planés en hauteur contournent l'ensemble, saisissant les dents de telle sorte que l'extrémité opposée et libre de l'appareil est solidaire de la rigidité axiale des dents restantes. On peut admettre en fait, que l'ensemble tiendra en place suffisamment.

Si les molaires sont courtes..., là on fait ce qu'on peut... pas grand chose..., la plaque s'élargira au maximum..., la meilleure succion sera employée..., le maximum d'adhérence cherché... et on attend le mauvais moment du placement en bouche.

Autre cas :

Il reste les six dents antérieures (ou moins) longues ou courtes pour s'y accrocher il n'y a plus que l'ancrage par lamelles.

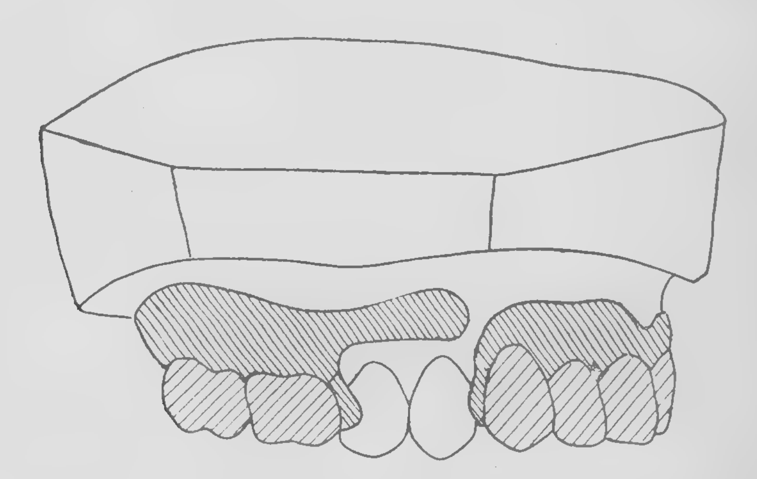
Au laboratoire, modèle en moins, on sait bien qu'il faudrait peu ou prou dessiner un crochet plané en hauteur sur les canines déjà bien peu convenables pour cela. Mais il y a une question de visibilité qui freine. On dessine tout de même le plané, quitte à rogner au dernier moment. Et à toute éventualité, la plaque base s'étale largement vers l'arrière... et une succion ne sera pas de trop on le sait bien !

Crochets planés, succion, bien entendu, le mécanicien s'en lave les mains... Ce sont affaires à régler entre patient et opérateur...

Or, et c'est là que nous désirons en venir, dans ce cas comme dans le précédent, il est possible de tourner la difficulté assez simplement comme je pense que vous jugerez — revoyons le schéma (2).

Le point d'ancrage est en (*a*), (canines ou incisives).

L'extrémité de la plaque en extension par l'effet de la pesanteur ou pour d'autres causes a tendance à tomber en (*c*) (extrémité postérieure).



Il s'agit de rejoindre les conditions du schéma (1) ou de s'en rapprocher.

Voici notre moyen : Il consiste à prolonger, en quelque sorte, l'appareil en avant du point (*a*).

Ce prolongement dont la forme importe guère peut être coudé, contourné, pourvu qu'il aille s'appuyer quelque part en avant du point (*a*) à la façon de l'exemple représenté par le dessin N° 1.

De chaque côté droit et gauche de l'appareil, comme sortant de la gencive artificielle et la prolongeant en avant, deux bandes de

métal viennent s'ajuster en anses, sur la muqueuse vestibulaire correspondant aux dents restantes, et viennent presque se rejoindre.

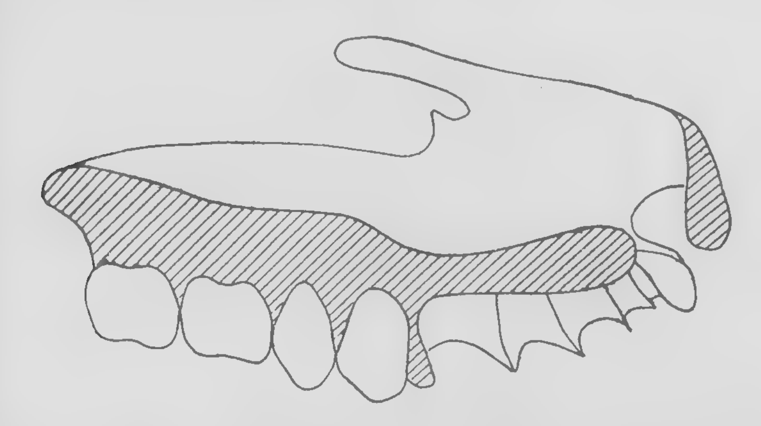
Ces anses semi-rigides peuvent être plus ou moins pliées à la pince et venir s'appliquer plus ou moins durement sur la gencive.

Cet appareil, par ailleurs, ne comporte que des lamelles d'ancrage ordinaires qui doivent fixer étroitement la partie antérieure.

Si les anses sont lâches et écartées de la gencive, l'appareil fixe en avant, peut tomber par l'arrière.

Si les anses sont en contact avec la gencive, on peut suspendre un poids à l'extrémité postérieure de la plaque, on peut tirer, la pièce ne viendra, et ça se comprend, que si les lamelles glissent hors des dents.

La même disposition est adoptée dans l'exemple suivant (II), où nous trouvons les molaires d'ancrage groupées d'un seul côté. Si, dans cet exemple, l'avantage est moins sensible que dans le premier, il est néanmoins très appréciable.



Pour des raisons un peu différentes mais concourant au même effet de stabilité agréable, j'emploie ce dispositif pareillement sur le maxillaire inférieur.

A la vue de ces exemples on peut penser à des inconvénients.

Les anses sur la muqueuse vestibulaire ? Blessures ?

C'est une affaire de retouches. Au surplus, il ne faut pas oublier que l'effet de pression n'est que fugace, quand la bouche est ouverte : pression en relation avec le poids postérieur de l'appareil — c'est-à-dire quelques grammes — réaction traumatique sur les dents d'ancrage ?

Ni plus ni moins que par les méthodes habituelles. Il convient de ne pas oublier que, là aussi, l'action sur les dents est bénigne et

transitoire. J'ai eu plusieurs fois, en fait d'ancrage lamellaire, à me servir de dents mobiles. En ce cas les lamelles sont assez longues pour permettre en pliant légèrement leur extrémité de contenir ces dents — et avec le temps, je n'ai point trouvé matière à rapporter comme observations particulières.

Au surplus les avantages dont je vais vous parler me feraient aisément prendre mon parti malgré des inconvénients qui ne peuvent être bien sérieux, ayant échappé à mon observation.

Est-il encore objecté une difficulté d'exécution ?

Cette fois-ci l'affaire, au moins, concerne complètement le prothésiste et il n'est pas mis devant une épreuve exceptionnelle. Jusqu'à présent nos appareils ont été pour la plupart, complètement à base métallique. Il n'y a pas de difficultés particulières à les concevoir mixtes prolongements en métal et base en caoutchouc.

On peut encore penser à la visibilité possible de ces anses vesbulaires.

Cet inconvénient serait sérieux chez un sujet jeune. En effet, chez ceux-ci, la lèvre est courte, le moindre rire découvre facilement les gencives. Nous n'avons pas encore eu à appareiller ces cas et je ne sais comment on pourrait tourner la difficulté. Jusqu'à présent nos patients, d'un certain âge, cachent absolument cet artifice sans effort. J'ai même cru observer une certaine amélioration de l'esthétique externe de la lèvre chez les personnes un peu âgées. Mais je ne pousserai pas plus mon avantage là-dessus.

Les avantages certains sont ailleurs et de plusieurs sortes.

Une stabilité réelle : un ancrage quasi invisible. L'importance de la plaque base mesurée exactement et uniquement en fonction de l'effort masticatoire. Possibilité d'éloigner, systématiquement, les contours de la plaque du collet des dents restantes selon les indications de la prophylaxie gingivale.

Un avantage que je tiens à signaler, accessoire d'abord mais qui devient extrêmement important dans la suite, c'est la possibilité, en particulier dans les cas de pyorrhée alvéolaire à tendance expulsive, de prolonger la durée de l'appareil qui demeure stable avec les adjonctions successives d'éléments artificiels jusqu'au moins l'avant dernière dent-pilier permettant d'aborder doucement le havre du dentier complet, sans soucis ni tracas sérieux pour le patient comme pour le praticien.

J'ai cherché, sans insister énormément, je dois le dir

à savoir si ce procédé a été déjà essayé — je n'ai rien trouvé de similaire. Un souvenir pourtant de mon état d'apprenti me fait revoir à l'atelier un *dentier complet* du haut avec les dents antérieures ajustées sur une gencive proéminente ; mais deux anses rappelant celles que je vous ai décrites venaient s'engager dans la partie vestibulaire antérieure en retrait. J'en ai vu un deuxième exemple récemment et je crois, du reste, que cette forme a été décrite. La réflexion prouve cependant que si l'aspect est comparable, *l'effet cherché est différent.* C'est une prise plus qu'un point d'appui, *prise* qui doit éviter la chute de la partie *antérieure* du dentier complet.

Il est, du reste, possible que je fasse erreur et que la chose ait déjà été utilisée dans le sens que je rapporte devant vous.

Dans la belle période de la prothèse qui fait l'honneur d'une génération de praticiens dont nous ne connaissons plus que quelques vétérans, on a réalisé, isolément, en prothèse, à peu près tout ce qu'il y avait à faire. Ce que nous décrivons comme « solution à problème » ils appelaient ça des « trucs » et ça ne sortait pas du laboratoire avec grand fracas... Quoi qu'il en soit, que ces appareils aient été faits ou non, l'important, je crois, est d'en parler car personnellement tels que je vous les ai montrés j'en suis satisfait pleinement. Car ce « truc » pour lui donner son vrai nom, rend totalement impossible cette pénible comédie en plusieurs séances qui se joue en nos cabinets quand l'heure des honoraires approchant les inquiétudes de cette catégorie d'appareillés augmentent, leurs doutes s'exagèrent, les meilleurs patients, les plus gentils, cessent de nous aider de leur bonne volonté dont nous avons tant besoin, profitent de leur avantage, connaissent et emploient tous les moyens pour faire choir leur prothèse devant nos yeux et nous confondre.

Deux petites anses vestibulaires et il n'y a plus de grimace qui tienne. Toute l'assurance est de notre côté, sans contestation, et, je puis le dire, à l'avantage du patient.

Discussion.

M. G. Villain. — Notre confrère M. Lentulo est très modeste ; il a cherché à s'excuser de nous présenter un procédé en nous disant que dans ses recherches il avait pu voir qu'il avait déjà été utilisé par d'autres auteurs pour quelques cas analogues. Il a raison ; on a déjà utilisé le procédé, mais le but était alors d'obtenir la rétention par des languettes se prolongeant dans le vestibule. Jusqu'à présent, toutes

les tentatives que j'ai vues et celles que j'ai faites personnellement ont, en général, donné des résultats assez maigre et la raison en était, je crois, que les languettes étaient établies généralement en vulcanite, qu'elles ne jouissaient que d'une élasticité relative et il s'ensuivait une lésion des muqueuses sur lesquelles elles portaient lorsque l'appareil se déplaçait, car, je le répète, leur but était plus rétentif que stabilisateur.

Je crois que le succès accusé par notre collègue Lentulo provient : 1° du fait qu'il n'utilise ces languettes que pour aider à l'équilibre statique de l'appareil ; 2° qu'il les emploie très élastiques. Je viens de regarder ses moulages ; ils n'indiquent pas l'épaisseur ; il ne nous l'a pas indiquée non plus, mais je suppose que les languettes sont montées en métal et très élastiques. Ce fait est important lorsque la languette épouse la partie supérieure du vestibule, dans les cas d'édentés complets alors que le bourrelet alvéolaire antérieur épais, concave, rend impossible son recouvrement par de la gencive artificielle. L'appareil n'a pas alors d'autre moyen de rétention comme dans le cas présenté par M. Lentulo, où la rétention est obtenue par des crochets, les languettes ne servant qu'à la stabilisation. La languette, si elle présente une certaine élasticité, doit évidemment donner un meilleur effet dans les cas d'édentés complets, car cette élasticité doit diminuer les effets du frottement dû à la perte de rétention par diminution de l'adhérence de l'appareil. Mais je considère que ces languettes ne peuvent être considérées que comme un moyen d'aider à l'équilibre de l'appareil. C'est, je crois, le seul but que leur assigne M. Lentulo et je suis alors d'accord avec lui.

M. Lentulo. — Pour répondre à M. Villain, je dois dire que les languettes ne sont pas élastiques, mais rigides. Pourquoi ne blessent-elles pas ? C'est parce que, en réalité, l'appareil ne fait pas un très grand effort sur les gencives. Ce sont quelques grammes de la partie postérieure de l'appareil qui tendent à le faire basculer. A ce moment-là, les languettes viennent compenser le mouvement en s'appliquant sur la muqueuse vestibulaire, c'est tellement fugace et léger, il faut croire, qu'il n'y a pas d'inconvénient irréductible observé par moi à ce sujet.

Certes, si l'appareil se mobilisait en totalité comme cela se produit pour les appareils complets, il y aurait évidemment un mouvement de friction des pattes sur l'éminence gingivale, mais ce n'est pas le cas.

Je crois pouvoir vous dire qu'il doit vous être possible d'employer ces languettes vestibulaires d'une façon systématique toutes les fois que vous avez affaire à une bouche qui a des dents restantes *groupées* et que vous ne pouvez saisir qu'imparfaitement. Il vous est déjà arrivé d'appareiller une bouche portant les six dents antérieures, uniquement, donc toutes les molaires artificielles. Il y a quelque chose qui ne rate pas. A la deuxième séance après la pose, on apprend que le patient ne

peut pas ouvrir la bouche sans que la pièce bascule ; on apprend aussi, comme chose très grave, qu'il ne peut plus manger de boules de gomme, etc., etc. Et il n'y a rien à dire qu'à conseiller un peu de patience, avec aussi, provisoirement, quelques pincées de poudre adragante ; on sait qu'avec le temps l'affaire va tout de même s'arranger ; mais il nous faut bien quinze jours à trois semaines de tiraillement, remettre les rendez-vous très espacés de manière que le patient finisse par en prendre son parti, après quoi le résultat est acquis.

Ce que je veux éviter par ces bandes, ce sont ces séances pénibles du début, et on les évite à coup sûr. Je dois toutefois faire remarquer qu'au bout d'un certain temps, ces bandes paraissent relâchées ; on a l'impression qu'elles ne servent plus beaucoup ; mais qu'il arrive un incident, une dent cassée, nécessitant seulement vingt-quatre heures de séjour à l'atelier, sans nos bandes toutes les misères du début recommencent. Ainsi, encore une fois, je vous promets bien peu d'ennuis si vous employez ce dispositif.

UNE CONTRE-PLAQUE UNIVERSELLE POUR DENTS A CRAMPONS A BOUTON

Par W. H. Pope.

(*Communication de la Semaine Odontologique*, 1929).

616.314 089.28 × 11 × 34

J'ai l'honneur de soumettre à votre examen une contre-plaque spécialement destinée aux dents à crampons à bouton de toutes marques et de toute provenance en vue de leur fixation à l'aide de ciment sur toutes les bases métalliques ou plastiques des différentes pièces de prothèse et de restauration telles que dentiers, bridges, dents à pivot.

C'est un procédé qui présente, parmi d'autres avantages que je signalerai tout à l'heure, celui de ne soumettre les dents ni à une élévation de température, ni à l'action d'acides, causes pouvant les diminuer dans leurs qualités de résistance.

L'idée n'est pas nouvelle : j'ai constaté tout récemment, que d'autres avant moi ont cherché la solution de ce problème, qui paraît, à priori, extrêmement simple et qui, en réalité, est assez complexe en raison de ce fait : l'écartement des crampons des dents, même lorsqu'elles appartiennent à un même type, même lorsqu'elles sont symétriques dans ce que l'on appelle une bouche de six, est une grandeur variable qui n'est soumise à aucune règle apparente. Il semble à un profane comme moi, ignorant les détails de la fabrication des dents de porcelaine, que la fantaisie ait joué un rôle prépondérant dans la disposition de leurs crampons.

La profession est déjà dotée de contre-plaques pourvues de boîtes à ciment. Parmi ce qui a été imaginé de mieux jusqu'ici, du moins à ce que je peux croire, le hasard m'a fait connaître, il y a un à deux mois, une contre-plaque faite pour une dent donnée (appelons-la, si vous voulez, une contre-plaque individuelle ou sur mesure) et qui, par surcroît, s'adapte à quelques autres dents qui ont à peu près le même écart entre les crampons. C'est, je pense, cette particularité qui a surtout nui à sa diffusion, car elle n'est guère connue, malgré qu'elle existe depuis plusieurs années.

Pour éviter d'avoir chez soi un grand stock de dents et de contre-plaques, il faudrait, à mesure des besoins, préparer de telles contre-plaques au laboratoire de chaque praticien. J'avais moi-même

marché dans cette voie et j'avais désigné, sous le nom de contre-plaque rationnelle, un modèle que j'avais conçu l'été dernier et qui partait du même principe. En même temps j'avais imaginé une pince permettant de la fabriquer au laboratoire. Mais ayant constaté que je m'engageais dans un sentier déjà frayé, que sa préparation par unité est assez longue, que la pince était compliquée, j'ai changé le titre de la communication que je me proposais de faire ici et cherché à combiner une contre-plaque universelle qui peut être fabriquée en série, que l'on pourrait se procurer dans le commerce comme on se procure les plaquettes de Steele, par exemple, et voici le modèle auquel je me suis arrêté :

Il est formé de deux pièces réunies par soudure : une platine rectangulaire et une contre-platine formant boîte pour les crampons et le ciment. Vous le voyez représenté en coupe (fig. 2).

Occupons-nous d'abord de la platine qui est représentée vue de face (fig. 3). Dans cette figure, le bord supérieur est le bord incisif.

C'est une plaque rectangulaire de métal, de 0 m/m 5 environ d'épaisseur qui est percée symétriquement, par rapport à son axe vertical, de deux fenêtres en forme de T aux traits larges et courts et aux extrémités arrondies.

La fente transversale est juste assez large pour recevoir les têtes des crampons ; la fente verticale, nettement plus large que le diamètre des tiges des crampons, est légèrement plus étroite que le diamètre de leur tête.

Le montage d'une dent sur une contre-plaque s'effectue en engageant les têtes des crampons dans les fentes transversales et en faisant glisser les tiges correspondantes jusqu'à l'extrémité opposée des fentes verticales dont les bords retiennent alors les crampons par leur tête.

La figure 4 représente la même platine dans laquelle on a abattu, au niveau des fentes transversales, la paroi de séparation des fenêtres. C'est, en somme, une simplification de la première.

La largeur des fentes verticales et la longueur des fentes transversales étant calculées de façon à adapter toute contre-plaque à un nombre maximum de dents, chacune d'elles peut prendre et retenir toutes les dents dont l'écart de crampons diffère de 0 à 1 m/m 2 ou même 1 m/m 5.

J'ai été amené à établir deux numéros :

Le numéro 1 convient à toutes les dents dites de bouche, ainsi qu'aux petites molaires plates, exception faite de quelques rares incisives centrales de largeur démesurée qui exigent la contre-plaque numéro 2.

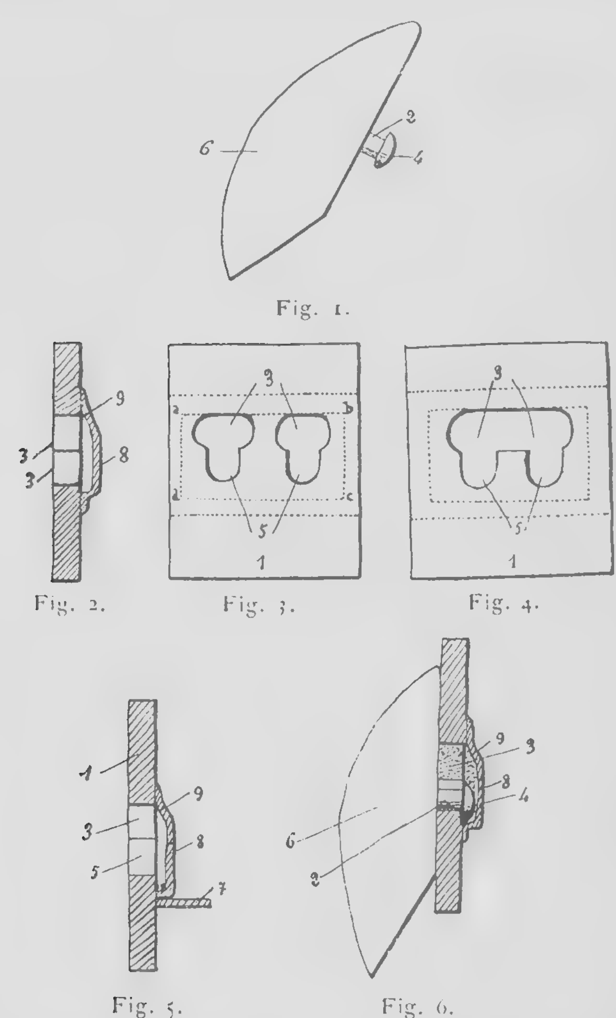


Fig. 1.

Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Fig. 5. Fig. 6.

Le numéro 2 convient à toutes les grosses molaires plates.

Dans la pratique, comme il faut tenir compte de la largeur des dents, si l'on veut éviter le gaspillage de métal lors de l'ajustage, je serai probablement amené à établir un numéro 0 destiné aux dents les plus étroites.

Dans cette catégorie de dents étroites, il en est dont les crampons sont verticalement placés l'un au-dessus de l'autre. Il n'y a, pour engager ces dents dans la contre-plaque, qu'à considérer comme bord incisif un des bords latéraux de la platine.

Passons maintenant à la description de la boîte à ciment. Vous la voyez de profil (fig. 2, fig. 5 et fig. 6). Elle est soudée sur la face postérieure de la platine ; son contour interne est représenté en pointillé (fig. 3 et 4). Constatez que sa paroi est très mince (environ 0 m/m 2 d'épaisseur), que sa profondeur (fig. 5) est réduite à l'épaisseur des têtes de crampons ; remarquez que trois de ses bords permettent l'accrochage des crampons sur la platine, mais que (et c'est là un point sur lequel j'appelle votre attention) du côté incisif elle présente un plan incliné dont le bord rectiligne coïncide exactement avec le bord supérieur de la fente transversale de la fenêtre.

Cette disposition a été conçue en vue d'un double résultat : 1° Elle est favorable à l'occlusion qui, en raison du peu de profondeur de la boîte, est possible dans tous les cas, qu'il s'agisse ou non d'articulation basse. 2° Elle facilite la sortie de la dent hors de la contre-plaque pendant les opérations préliminaires de préparation et d'essayage.

Je crois superflu de m'étendre sur ces opérations :

Lorsque la pièce est essayée et ajustée, on retire les dents de leurs contre-plaques, on remplit les boîtes vides avec du blanc de Meudon par exemple et l'on met en revêtement ou en moufle suivant que la pièce est en métal ou en substance plastique. Dans le premier cas, les contre-plaques sont soudées par les moyens ordinaires. Dans le second cas, elles sont pourvues d'une queue d'aronde (indiquée fig. 6), qu'on enrobe dans la matière plastique.

La pièce décapée, puis polie, on remet les dents en place, on les scelle à l'aide d'un ciment dentaire et cette opération offre d'autant moins de difficulté qu'il y a, avant le scellement un certain jeu de la dent sur la contre-plaque.

Ceci établi, examinons les avantages que présente une telle contre-plaque.

1° Elle permet d'employer pour tous travaux de métal des dents à crampons ordinaires, peu coûteuses et cependant d'excellente qualité, fort bien étudiées dans leurs formes et leurs teintes, mais qui ne peuvent supporter sans dommage, ni la température à laquelle fond la soudure, ni l'action des acides lors du décapage.

2° Puisqu'elle s'adapte à toutes les occlusions, à toutes les substances de base et, soit à toutes les dents de bouche, soit à toutes les grosses molaires, elle rend les dents à crampons ordinaires universelles et interchangeables. C'est dire qu'elle permet, pour tous genres de travaux, les réparations immédiates. C'est une qualité fort ap-

préciable si l'on considère jusqu'à quel point elle facilite la réparation des pièces amovibles, des combinés de métal et de vulcanite ou même des pièces uniquement faites d'une substance plastique dont la résistance en outre, s'affaiblit chaque fois qu'elles subissent une nouvelle cuisson.

Telles sont, à mon avis, les qualités de cette contre plaque née de mon imagination et déjà sérieusement expérimentée. Elle a peut-être des défauts, mais je ne les connais pas encore. Je vous laisse le soin de les découvrir et de me les signaler, ce dont je vous remercie d'avance, car votre avis pourra m'être d'une grande utilité par la suite.

Voici, pour cette critique, quelques contre-plaques et une série de quelques centaines de dents. Voici, d'autre part, un appareil de vulcanite et deux autres de métal pourvus tous deux de contre-plaques universelles et dont vous pouvez constater que, tout en étant sur des modèles à articulation basse, ils assurent une occlusion totale et correcte.

Discussion.

Un auditeur. — Comment faut-il enlever les crochets ? A l'acide ?

M. Pope. — Une fois soudés vous pourrez les défaire facilement sans mettre d'acide.

Un auditeur. — La dent ne subit pas de décoloration à la soudure ?

M. Pope. — Non.

M. le Président. — Comment procède-t-on au descellement des crampons dans le cas d'un bridge après fracture de la porcelaine ?

M. Pope. — Avec une petite fraise dans la fente supérieure ; vous dégagez jusqu'à la hauteur du crampon et vous allez le sortir partiellement.

M. le Président. — Je tiens à féliciter, au nom de tous les auditeurs, M. Pope. Il nous a déjà habitués à nous présenter des petits perfectionnements techniques remarquables. Pendant la guerre j'ai souvenir d'un appareil qu'il avait conçu et a rendu de grands services aux blessés. Depuis, il nous a déjà fait une ou deux communications très intéressantes.

Je suis convaincu que ces plaques rendront de grands services.

Ces dents à crampons à tête ont un certain intérêt ; quelquefois les facettes plates dites Steele ou analogues sont gênantes par leur forme, par leur aspect trop plat qui nuit aussi à la coloration, et nous trouvons au contraire dans les dents à crampons à tête des dents qu'il est intéressant d'utiliser dans certains cas.

Aussi je félicite encore M. Pope de la communication qu'il vient de nous présenter.

REVUE DES REVUES

L'EFFET DE LA FUMÉE DE CIGARETTE SUR LE NOMBRE DE BACTÉRIES QUE PEUVENT ÉLIMINER LES LAVAGES DE LA BOUCHE

Par J.L.T. APPLETON et EARL LEHMER, de Philadelphie.

(Travail de l'Ecole dentaire de l'Université de Pensylvanie).

L'acte de fumer des cigarettes s'est répandu si rapidement et est si général à présent qu'il nous paraît intéressant d'étudier un des effets de cette habitude. Le sujet est trop large pour que notre étude puisse par elle-même justifier ou condamner l'usage du tabac.

Miller trouve que la fumée du tabac exerce un effet remarquable sur les micro-organismes de la bouche · « La fumée du premier tiers ou du dernier quart d'un cigare de Colorado peut stériliser 16 cc. d'une solution sucrée d'extrait de bœuf, richement infectée au préalable par des bactéries provenant de la dentine cariée ». Il n'ajoute aucune expérience à ce fait, dans les deux éditions de son livre bien connu. Miller, comme nous le montrerons plus loin, n'a pas contrôlé ses expériences.

Tassinari a montré *in vitro* l'action de la fumée du cigare et de la cigarette sur les vibrions du choléra asiatique, sur ceux de Finckler et Priar, sur le bacille de Friedlander, le bacille typhique et celui de l'anthrax, sur le staphylocoque doré et le bacillus prodigiosus. Il a montré que la fumée de tabac possède dans certains cas totalement (en 100 ou 150 heures) et dans d'autres cas partiellement la propriété d'empêcher le développement de ces bactéries.

En 1891, il a repris ce sujet, en étudiant le bacille tuberculeux en culture pure et dans les crachats, soumis à l'action du tabac de pipe. Il confirma les 1.888 résultats.

Tassinari fit toutes ses recherches *in vitro* Deux tubes furent scellés à la paraffine bout à bout, de manière à enclore un espace comparable en volume à celui d'une bouche humaine. On inséra à la ligne de jonction un fil de platine, à l'extrémité courbée duquel on suspendit un petit morceau de drap humecté avec la culture bactérienne à éprouver. On prit soin de maintenir le point saturé d'humidité pendant l'expérience.

Wernicke étudia spécialement la viabilité du spirille de choléra asiatique sur les feuilles de tabac. Pour cela, il passa la fumée d'un cigare à travers une culture de bouillon cholérique dans un flacon d'Erlenmeyer. Si la condensation de la fumée était déplacée, on n'observait aucune action bactéricide ou bactériostatique. Au contraire, si la fumée, sans se

condenser, passait immédiatement à travers la culture, les bacilles étaient tués en cinq minutes. Wernicke stérilisa alors par une exposition de deux heures à un jet de vapeur, 40 cc. dans un flacon d'Erlenmeyer, inocula cette salive avec une culture de choléra et l'incuba pendant vingt-quatre heures.

La fumée du cigare, comme dans l'expérience de Miller, passa à travers cette culture, tuant les organismes en cinq minutes. Le contrôle a montré que dans ce milieu (la salive stérilisée) le spirille du choléra se multiplie activement.

Kœrner a entrepris trois séries d'expériences :

1° Il détermina le nombre de microbes dans la salive avant et après fumer, par la méthode usuelle, sur un sujet d'expérience. Il vit le nombre des bactéries réduit de moitié ;

2° Il fit passer la fumée d'un ou deux cigares à travers de la salive recueillie aseptiquement. Le nombre de bactéries diminua, mais sans tomber au-dessous d'un tiers du nombre originel ;

3° La fumée du cigare, passant à travers des cultures pures diluées, tua dans tous les cas les bactéries (spirilles du choléra asiatique, streptocoque pyogène, staphylocoque pyogène et pneumocoque.

Dunon a trouvé apparemment que la fumée du tabac reste sans action sur les bacilles du tétanos et de la fièvre typhoïde, sur le streptocoque, le tétracoque et le leptothrix buccalis. Au contraire, il est très actif contre le pneumocoque, les bacilles de la diphtérie, de la tuberculose et de l'influenza, le staphylocoque et le diplocoque. Aucune mention de méthode n'a été faite.

Arnold a inventé un appareil par lequel la fumée passe sur une surface d'agar inoculée. Ce travail est intéressant, car il montre les effets de la fumée du foin aussi bien que du tabac.

Les microbes étudiés furent le bacille typhique, le coli communis, le bacille diphtérique, le staphylocoque doré, et un streptocoque isolé du sang d'un scarlatineux ; on usa de diverses variétés de tabac, mais sans grande différence dans leur action. Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi :

1° Le bacille diphtérique fut toujours le plus touché. Parfois, il manqua totalement de croître, mais dans quelques cas il y eut une légère culture, à la fois pour la fumée venant du tabac et pour celle venant du foin.

2° Le bacille typhique croît, mais beaucoup moins que dans les tubes témoins. Dans plusieurs cas, il n'y eut pas de culture macroscopique à la fin des vingt-quatre heures ;

3° Le coli bacille proliféra, mais beaucoup moins que dans les tubes témoins ;

4° Le staphylocoque doré fut très touché, sauf dans une expérience avec la fumée du foin ;

5° Dans une expérience faite avec le streptocoque, il n'y eut aucune culture dans les tubes enfumés. Arnold en arrive à cette conclusion que « la fumée du tabac, aspirée dans la bouche, est probablement nuisible à la pullulation des germes pathogènes, mais pas plus et plutôt moins que la fumée provenant d'autres sources ».

En rapport avec le travail d'Arnold, signalons que Serafini et Ungaro ont montré que la fumée du bois présente une action microbicide efficace.

Cavallaro prête grande attention à l'action du tabac sur les bactéries, surtout sur celle de la bouche humaine. Il employa des infusions de tabac, de la fumée de tabac et de la nicotine. Il se servit de cultures pures de dix-huit micro-organismes, pris parmi les formes pathogènes communes. Dans tous les cas, il a observé une action bactéricide ou bactériostatique. Toutes ces expériences furent faites *in vitro*.

Cavallaro a étudié directement l'influence de la fumée de cigarette sur le nombre de bactéries dans la salive ; cette partie de son travail est comparable avec la nôtre propre. On inonde un échantillon de salive dans de la gélatine ; puis, on fume trois cigarettes l'une après l'autre. Immédiatement après, on prend des cultures toutes les cinq minutes, jusqu'à un total de dix cultures. La culture faite avant de fumer se développe naturellement ; la première culture prise tout de suite après fumer reste absolument stérile. Les cultures suivantes commencent graduellement à montrer du trouble, mais sans atteindre le maximum marqué par la culture témoin. On répète l'expérience sur d'autres personnes en se servant d'un tabac plus fort. Les trois cultures faites tout de suite après fumer restent stériles. Les autres commencent à montrer du trouble très légèrement et très lentement, sans atteindre le degré de trouble du tube témoin.

On ne connaît pas avec certitude les constituants de la fumée du tabac, qui exerce une action anti-microbienne si importante. Cavallaro insiste sur le rôle important de la nicotine. Arnold, Serafini et Ungaro montrent, au contraire, que la nicotine n'est pas nécessaire. Trillat montre la présence de l'aldéhyde formique dans la fumée des cigares, des cigarettes et du tabac de pipe.

En passant en revue la littérature sur ce point, on voit que la plupart des expériences ont été faites *in vitro*. Par exception, Kœrner et Cavallaro ont fait des observations directes, de l'effet de la fumée du tabac sur les bactéries de la bouche. Ces auteurs exposent leurs données et leur technique par trop brièvement. En conséquence, nous avons fait des observations plus exactes et plus compréhensibles, et nous avons ainsi déterminé en combien de temps l'on peut reconnaître l'effet anti-microbien de la fumée de cigarette.

MÉTHODE.

C'est essentiellement la méthode décrite dans un travail précédent. Bien que cette méthode soit digne de confiance en raison du but recherché, nous ne connaissons pas son degré d'efficacité. Malgré cela, nous allons essayer de la « calibrer » :

1° Avec une pipette, on prélève trois échantillons de 1/2 cc. d'une solution de salive et on les verse dans une boîte de Pétri. Avec une autre pipette on fait de même pour une autre série de trois boîtes de Pétri. On verse dans toutes ces boîtes de l'agar nutritif. Après vingt-quatre heures d'incubation, on compte le nombre de colonies en vingt champs dans chaque boîte. (Il a été établi un certain nombre de tableaux pour enregistrer les résultats). Le nombre de ces colonies dans les trois premières boîtes de Pétri est additionné et pris pour la valeur des séries « a » (variant de 60 à 1.035). La même chose est faite pour les trois autres boîtes et donne la valeur des séries « b » (variant de 55 à 994). On fait ce travail neuf fois consécutives (en plusieurs jours) et l'on établit un pourcentage (tableau I) variant de 89 à 101 % b/a.

Les nombres à gauche représentent les neuf fois consécutives où l'on a fait ces expériences. Les nombres opposés, en colonnes « a » et « b », donnent le total des nombres de colonies. Ainsi, 346 est le nombre entre les colonnes 2 et 3, et c'est le total des colonies obtenues dans les expériences 1 et 2. On utilise ces totaux pour établir les pourcentages de la colonne de droite. Ces pourcentages sont pris pour les valeurs de S1 à S9 du tableau 1, A. Théoriquement, le total des colonies dans les colonnes « a » et « b » doit être égal et chacune des valeurs de S1 à S9 doit être 100. Toutefois, sur la base de ces neuf expériences, il ne faut pas tirer de signification de différence de 4 % au moins ;

2° On compta des échantillons de 0,5 cc. à 1 cc. provenant des mêmes suspensions de salive. Seize présentèrent des champs microbiens sur vingt. Les résultats sont donnés dans un autre tableau (II). On obtint les nombres de la colonne « a » (variant de 134 à 1.474) en multipliant par 2 les chiffres provenant des prélèvements de 0,5 cc. Les résultats nous sont donnés par le graphique du tableau 1, B. Il ne faut pas attacher de signification aux différences de 4 % au moins ;

3° On compta les colonies sur des prélèvements de 0,3 cc., 0,4 cc. et 0,5 cc. de la même suspension de salive, seize sur vingt montrèrent des champs microbiens.

Des tableaux ont été dressés. Ils contiennent : (tableau III, (a) nombres variant de 190 à 1643, (b) nombres variant de 93 à 1611, pourcentage a/b variant de 94 à 100 — (tableau IV, (a) nombres variant de 190 à 1643, (c) nombres variant de 156 à 1.602, pourcentage c/a variant de 92 à 102) — (tableau V, (b) nombres variant de 93 à 1 611, (c) nom-

bres variant de 152 à 1682, pourcentage c/b variant de 95 à 109) — (tableau VI donnant le résultat des expériences en tubes témoins : originaux, aérés, pourcentage des deux, fumeurs, pourcentage des originaux et des fumeurs ; dans les premiers, les nombres varient de 118 à 2.043 ; dans les deuxièmes, de 56 à 1.093 ; dans les troisièmes, de 53 à 96 % ; dans les quatrièmes, de 4 à 378 ; dans les derniers, de 16 à 24 %.

Dans ces tableaux on obtint les nombres de la colonne « a » en multipliant les colonies des cultures de 0,3 cc. par $\frac{10}{3}$. On obtint les nombres de la colonne « b » en multipliant les colonies des cultures de 0,4 cc. par $\frac{10}{4}$, et on obtint les nombres de la colonne « c » en multipliant les colonies des cultures de 0,5 cc. par $\frac{10}{5}$. Ceci donne pour les colonnes « a », « b » et « c » les chiffres des colonies calculées pour des prélèvements de 1 cc. Les résultats sont donnés dans le graphique du tableau 1, C. Il apparaît qu'une différence de 4 % au moins n'a aucune signification.

Des résultats de ce « calibrage », nous pouvons tirer la conclusion que nous sommes fondés à regarder comme significatives les différences supérieures à 4 %.

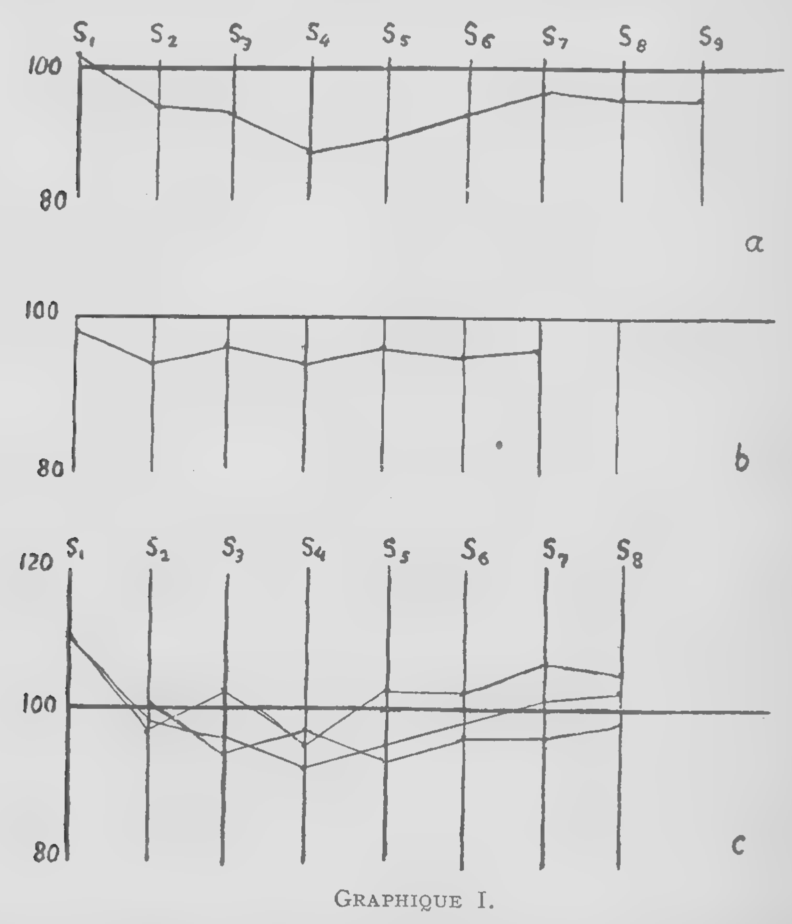
Expériences in vitro.

Cette partie de notre travail n'est qu'une répétition de celui de Miller. Il a pris un cigare et nous une cigarette. La seule différence consiste à contrôler comment l'effet anti-bactérien marqué peut être attribuable à la simple aération. La suite de l'expérience est représentée par la figure 1. On rince la bouche vigoureusement pendant une minute avec 10 cc. d'eau du robinet, qui est ensuite vidée dans 25 à 30 cc. d'eau douce, additionnée d'un tube de bouillon nutritif stérile. Neuf cc. de cette dilution de salive sont placés dans chacun des tubes témoins, F et F'. Tout l'appareil a été stérilisé dans un appareil autoclave. On fait passer la fumée d'une cigarette à travers la dilution de salive dans le tube F. Pendant le même temps, on fait passer à peu près le même volume d'air à travers la dilution de salive dans le tube F'. Puis l'on prélève des échantillons égaux : 1° de la dilution originelle de salive ; 2° du tube F ; 3° du tube F'.

On remplit des plaques de Pétri, on les incube, et l'on compte les colonies. Toute cette technique est faite par l'un de nous. On prend dix de ces tubes témoins, et les résultats sont donnés dans le tableau I.

La disposition de ce tableau est exactement semblable à celle des tableaux I à V, inclusivement. Les résultats graphiques sont montrés dans le tableau II. La ligne droite au sommet indique le nombre des colonies dans la dilution de salive originelle. En prenant les points terminaux à l'extrême droite, il semble que la simple aération soit capable d'amener une chute d'environ 47 % dans le nombre des colonies, pendant

que la fumée de cigarette semble amener une chute d'environ 35 %. La ligne représentant la chute due à la simple aération (A.) ne paraît pas avoir atteint le bord horizontal après les dix essais. Peut-être n'a-t-on pas fait assez de prélèvements pour obtenir une valeur indiquant la vraie diminution causée par la simple aération. On peut penser toutefois qu'une baisse de plus de 47 % serait due à la simple aération et qu'une baisse de moins de 35 % est due à la fumée de cigarette.



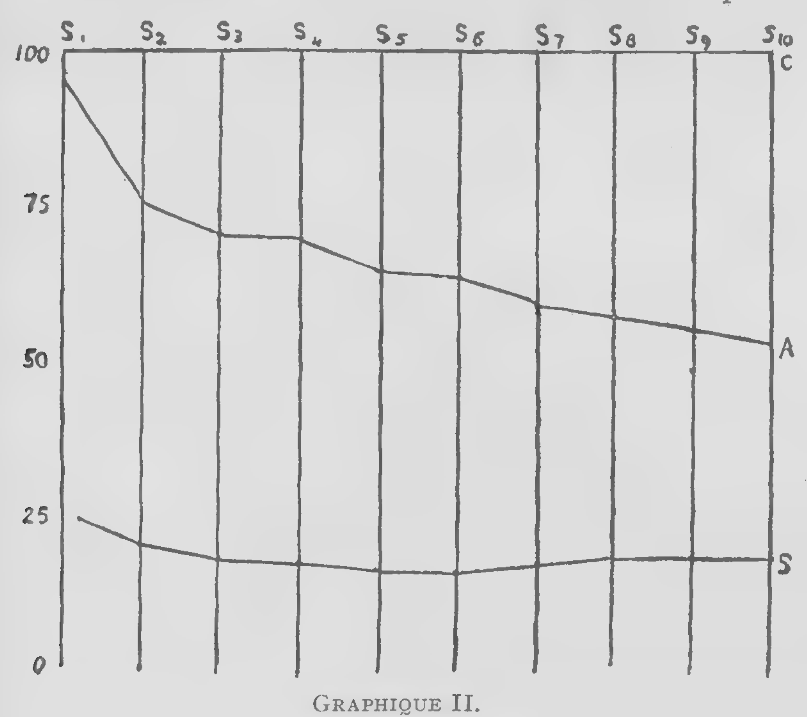
GRAPHIQUE I.

Graphiques construits avec les données des tables I à V inclusivement. Le degré d'efficacité de la méthode est représenté par la distance verticale entre l'extrémité droite de la ligne en zigzag et la droite située au-dessus ou en dessous. En C, la ligne en zigzag finissant au-dessus représente la portion c /b de la table V, la ligne finissant au-dessous représente la partie b /a de la table III, et la ligne finissant entre les deux représente la partie c /a de la table IV.

Elles ont pour but de déterminer l'effet de la fumée d'une cigarette, sur le nombre des microbes de la bouche humaine, pouvant être enlevés par lavage.

Deux individus se rincent la bouche en même temps pendant une minute avec un peu d'eau stérilisée (250 à 300 cc., avec quelques cc. de bouil-

lon nutritif stérilisé). Chacun verse cette eau dans un petit flacon stérile, avec lequel on fait des boîtes de Pétri et l'on obtient des colonies. Celles-ci sont rapportées dans la colonne « b » des tables VII et VIII. Un des individus, après avoir versé l'eau de lavage, allume une cigarette. On fait une marque de crayon à une même distance de la bouche, sur chaque cigarette. Pendant que le fumeur fume, d'une manière naturelle, l'autre individu ne prend rien dans sa bouche. Dès que la cigarette est fumée, ces deux individus se rincent la bouche vigoureusement, une minute, avec 10 cc. d'eau stérilisée, et chacun verse son eau dans un petit flacon



Graphique II.

Expériences in vivo.

stérile, puis on fait des colonies. Ce second lavage chez le témoin montre une chute de 11 %, et chez le fumeur une chute de 51 %. La différence attribuable à la fumée atteint donc presque 40 %, chiffre qui se rapproche de la proportion de 35 % des expériences *in vitro.*

Six individus ont fourni les données des tableaux VII et VIII : un seul servit cinq fois de témoin et de fumeur, chacun des autres servit une seule fois de témoin et de fumeur.

Le tableau VII, qui sert de contrôle au tableau VIII, comprend : pour *b*, des nombres variant de 91 à 1.408 ; pour *a*, des nombres variant de 77 à 1.261 ; pour la proportion *a*/*b*, de 86 à 157 %.

Le tableau VIII, relatif aux tubes de fumeurs, au second rinçage (colonne *a*) immédiatement après avoir fumé, donne pour *b* des nombres

variant de 117 à 2.470 ; pour *a*, des nombres variant de 42 à 1.218 ; pour le pourcentage *a/b*, 42 à 77 %.

Le tableau IX, qui sert de contrôle au tableau X, donne pour *b* des nombres variant de 19 à 3.744 ; pour *a*, des nombres variant de 314 à 4.192 ; pour le pourcentage *a/b*, 111 à 125 %.

Le tableau X, second rinçage (colonne *a*) 30 minutes après avoir fumé, comprend, pour *b*, des nombres variant de 336 à 3.748 ; pour *a*, des nombres variant de 148 à 3.239 ; pour la proportion *a/b*, 86 à 90 %.

Le tableau XI, qui contrôle le tableau XII, donne, pour *b*, des nombres variant de 180 à 4.648 ; pour *a*, des nombres variant de 283 à 5.129 ; pour le pourcentage *a/b*, 110 à 130 %.

Le tableau XII, deuxième rinçage (colonne *a*), 60 minutes après avoir fumé, donne pour *b*, de 192 à 4.325 ; pour *a*, de 340 à 4.772 ; pour la proportion *a/b*, 103 à 146 %.

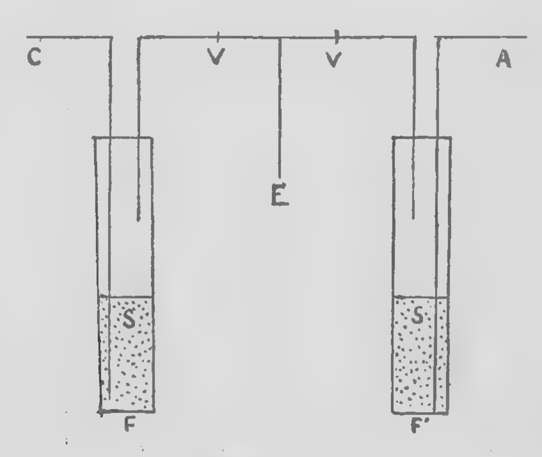
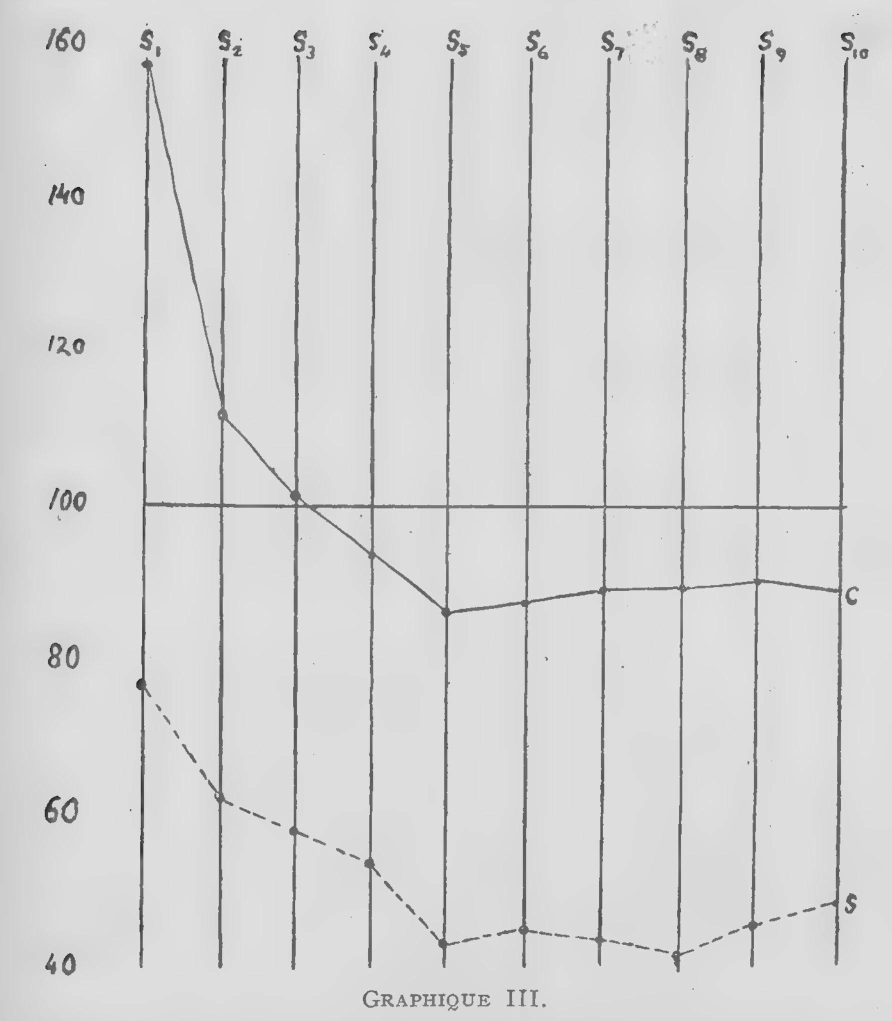


FIG. 1

Diagramme déterminant l'action antibactérienne de la fumée du tabac et celle de la simple aération.

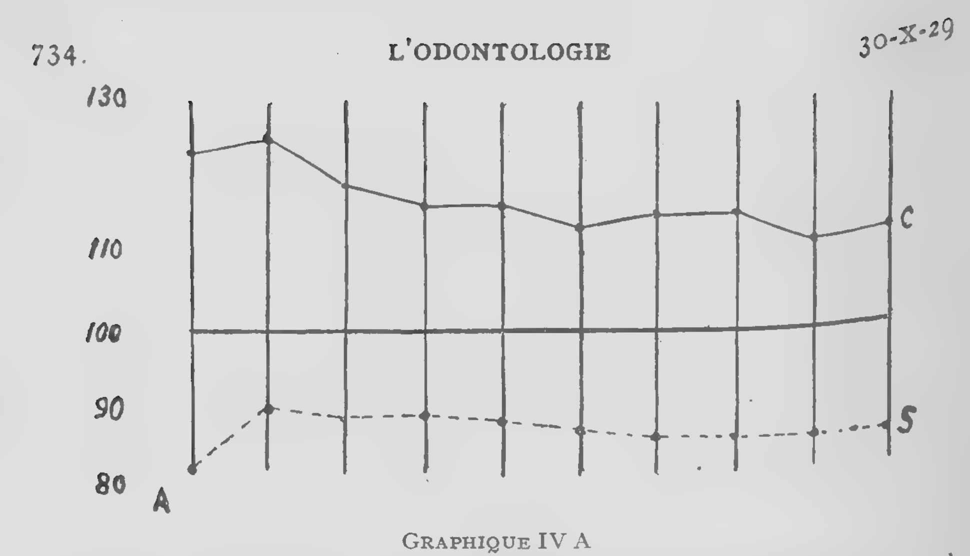
F, F' tubes témoins, bouchés au caoutchouc, contenant une certaine quantité d'une dilution de salive. Du point C. par un tube de verre, on fait passer une petite quantité de fumée de cigarette dans la dilution de salive. De même du point A, qui communique directement avec l'air extérieur juste à gauche du point A, on place un petit tampon de coton dans le tube pour filtrer la vapeur et les bactéries venant de l'air. Les échantillons de salive en F et F' seront maintenus, en même état, et les tubes en C et A, fixés à la même distance de la dilution de salive. Le tube en E sera relié à une pompe aspirante. En V, V' on place de petits tuyaux en caoutchouc, puis on fait passer en même temps de la fumée en F et de l'air en F'.



GRAPHIQUE III.

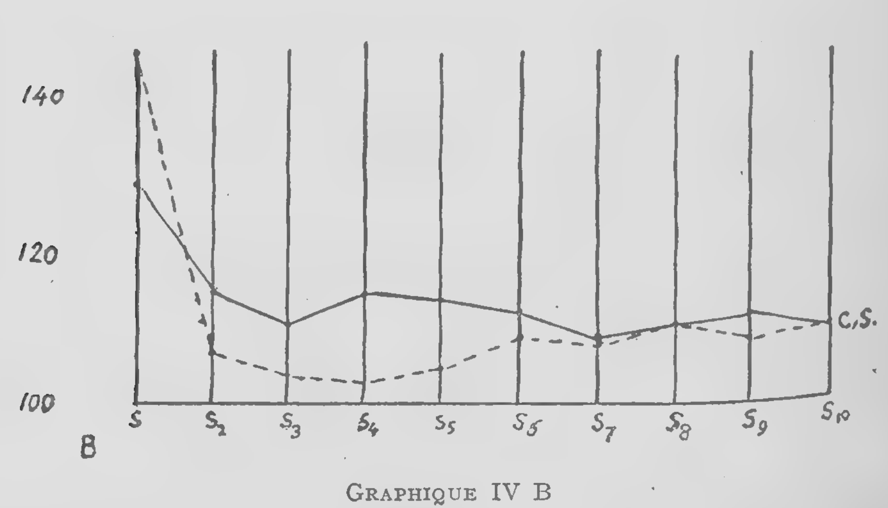
La ligne droite représente les rapports a/b du tableau VII (témoin) et la ligne brisée les rapports a/b du tableau VIII (fumeurs).

Les deux lignes C et S ont pris une direction presque parallèle avec la ligne de base. Ceci indique qu'on a fait assez d'observations pour avoir confiance dans leurs résultats.



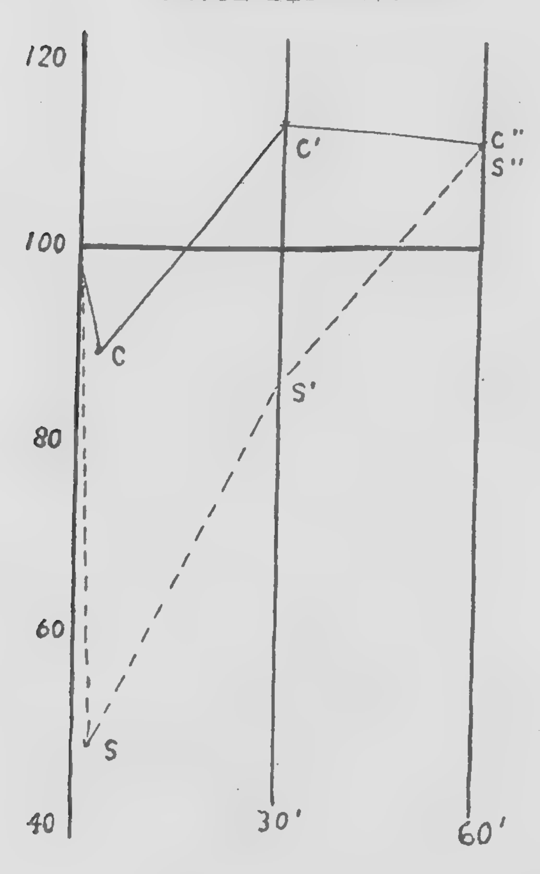
GRAPHIQUE IV A

La ligne se terminant en C représente les rapports *a/b* du tableau IX (contrôle) et celle se terminant en S, les rapports *a/b* du tableau X (fumeur).



GRAPHIQUE IV B

La ligne B pleine représente les rapports *a/b* de la table XI (contrôle) et la ligne pointillée, les rapports *a/b* de la table XII (fumeur). Les deux lignes se terminent sur la droite au même point.



GRAPHIQUE V.

La ligne pleine représente les fluctuations du nombre des bactéries dans le liquide qui a servi à rincer le groupe de contrôle ; la ligne pointillée, les fluctuations du groupe fumeur. S et C proviennent du graphique III ; S, dernier rapport *a/b* du tableau VIII, représentant le nombre de bactéries du groupe fumeur quand le second rinçage a eu lieu immédiatement après avoir fumé. C est la valeur correspondante de la table VII et représente le nombre de bactéries dans le deuxième rinçage du groupe de contrôle quand celui-ci eut lieu en même temps que le deuxième rinçage du groupe fumeur.

S' et C' proviennent du graphique IV A. S' est le dernier rapport *a/b* du tableau X et représente le nombre de bactéries dans le deuxième rinçage du groupe fumeur, quand ce deuxième rinçage eut lieu trente minutes après avoir fumé. C'est la valeur correspondante du tableau IX et représente le nombre de bactéries dans le deuxième rinçage du groupe de contrôle quand ce rinçage eut lieu en même temps que le deuxième rinçage correspondant du groupe fumeur.

De même S' et C' sont tirés du graphique IV A. S' est la dernière proportion *a/b* du tableau X et représente le nombre de bactéries dans le deuxième rinçage du groupe fumeur opéré trente minutes après avoir fumé. C'est la valeur correspondante du tableau IX et représente le nombre de bactéries dans le deuxième rinçage du groupe de contrôle, opéré en même temps que le deuxième rinçage du groupe fumeur.

Discussion.

La ligne terminale de droite, dans les tableaux III et IV représente le plus grand nombre d'observations et les chiffres les plus dignes de foi.

La ligne de contrôle dans le tableau V s'accorde avec une autre ligne établie dans un travail antérieur. Le nombre de bactéries trouvées dans le second lavage, quinze minutes après le premier, est 86 % du nombre trouvé dans le premier. Ceci a été rencontré chez le témoin. Ceci s'accorde avec nos recherches, où l'on a trouvé dans le second lavage du témoin 89 % de bactéries du premier lavage. La différence est négligeable.

Comme nous l'avons montré, la fumée de la cigarette occasionne une chute immédiate d'environ 40 % des microbes que peut éliminer le lavage de la bouche.

Trente minutes après avoir fumé, on observe une légère augmentation. La valeur du témoin correspondant augmente aussi, mais pas au même degré. La différence entre le témoin et le fumeur, trente minutes après la fumée, pour le nombre de bactéries enlevées par lavage de la bouche, est de 26 % du nombre du premier lavage.

Les observations faites soixante minutes après avoir fumé montrent que le nombre de bactéries, dans le groupe témoin, est resté à peu près stationnaire. Dans le groupe fumeur, au contraire, l'augmentation légère s'est maintenue. Nous n'avons pas d'observations faites au bout d'une heure et demie pour savoir si le nombre des bactéries est resté stationnaire.

Conclusions.

1° Nous avons déterminé le degré de justesse de notre méthode et avons trouvé que les différences de 4 % étaient négligeables. Les différences supérieures à 4 % comptent seules ;

2° Le passage de la fumée d'une cigarette à travers la salive diluée entraîne, après correction de l'effet bactéricide de la simple aération, une baisse de 35 % du nombre des bactéries ;

3° La fumée d'une cigarette réduit le nombre de bactéries éliminables par lavages de la bouche, d'environ 40 %. Trente minutes après avoir fumé, ce nombre est encore de 14 % au-dessous du nombre initial et de 26 % au-dessous du nombre correspondant du groupe témoin. Soixante minutes après fumer, il n'apparaît plus aucune différence entre le groupe des fumeurs et le groupe témoin.

(*Dental Cosmos*, novembre 1928).

Dr C.

LA MÉDICATION ÉLECTROLYTIQUE

Par LESTER CAHN, de New-York.

Dans une communication à la Société dentaire de l'Etat de New-York l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Toute l'histoire de la médication électrolytique dépend de la théorie ionique d'Arrhénius ;

2° L'ionisation peut se faire sans l'aide du courant ;

3° L'ionisation précède l'électrolyse ;

4° Les solutions pénètrent les tissus sans l'aide de l'électricité ;

5° Théoriquement, la médication électrolytique est profonde ;

6° Par contre, il n'y a pas de preuve que les médicaments ne pénètrent pas dans les tissus sans une diffusion par électrolyse ;

7° Si l'électrolyse peut aider et hâter la pénétration, il est prouvé par les auteurs que cette pénétration n'est pas profonde ;

8° Il semble amplement prouvé que l'action caustique du courant aide à la destruction des tissus, augmentant la phagocytose et l'absorption ;

9° Les observations cliniques ont montré qu'on peut obtenir des résultats sans médication électrolytique aussi bien que ceux obtenus avec cette méthode de traitement ;

10° Avant tout, le résultat final compte. Si l'on pense, par application de l'électrolyse, obtenir le résultat désiré, il faut en continuer l'usage. D'autre part, nous pensons pouvoir obtenir sans son aide de bons résultats.

(*Dental Cosmos*, décembre 1928)

REVUE ANALYTIQUE

Dr Adolfo Auredo. — ***Maladie de Fordyce de la bouche.***

L'examen systématique de la bouche d'un millier de malades atteints d'affections différentes a permis à l'auteur de relever les signes de cette maladie sur un très grand nombre d'entre eux (25 à 50 % des cas).

Cette affection bénigne est caractérisée par de petits points ou taches d'un blanc jaunâtre, constitués de corpuscules très fins. Leur réunion arrive à former sur la muqueuse atteinte des taches plus ou moins étendues jaunes et rugueuses au toucher. Aucun symptôme subjectif n'est perçu, très rarement cependant l'apparition de ces points s'accompagne d'une légère sensation de chaleur et de picotements.

Ces taches s'observent le plus fréquemment sur la pseudo-muqueuse de la lèvre supérieure, moins souvent sur la lèvre inférieure sur des sujets âgés de 10 à 80 ans, mais surtout entre 50 et 60 ans. Les nouveau-nés n'en sont jamais atteints.

L'auteur a constaté que les lésions inflammatoires de la muqueuse buccale paraissent avoir quelque relation avec la maladie de Fordyce. Il est cependant très difficile de faire dépendre son apparition d'une altération quelconque de l'état général, du fait que, dans la majorité des cas, on en ignore le moment précis.

L'auteur n'a jamais remarqué, en outre, que ces taches aient une tendance à l'ulcération.

(*Revista Odontologica*, 9 février 1929).

Dr Pedro Garcia Gras. — ***Réparation des travaux à pont.***

L'auteur expose la technique suivie dans deux cas différents de bridges qu'il eut à réparer.

Premier cas. — Il s'agissait de remplacer une porcelaine à crampons sur Richmond pilier de bridge sans desceller ce dernier. Après avoir ajusté une porcelaine qu'il scelle au ciment, l'auteur pratique sur le talon deux rainures à la fraise de façon à rejoindre les crampons. Puis, au moyen d'un petit fer à souder, il fait couler de l'étain pur et termine en polissant.

Deuxième cas. — Bridge ayant pour piliers un inlay-pivot sur les canines inférieures; faute de parallélisme, l'auteur ne peut le mettre en bouche. Il supprime le pivot d'un inlay dans lequel il incruste un deuxième inlay muni d'un pivot réalisant ainsi une mise en place facile et un ancrage parfait.

(*Odontologia Clinica*, février 1929).

Dr J. Portal. — ***Théorie de Williams sur le choix rationnel des dents de porcelaine.***

L'auteur rappelle les recherches qui ont permis à Williams de classer les dents suivant trois formes-types correspondant chacun à un type de

crâne ayant les mêmes caractères que la dent, à savoir quadrangulaire, triangulaire ou oval, et d'autres formes combinées de ces types principaux.

En application de ces principes, l'auteur se sert d'un compas spécial à trois branches au moyen duquel il obtient automatiquement, en prenant les mensurations de la face du patient, la largeur, la hauteur de l'incisive qui lui convient (clef de voûte de l'axe dentaire) et ce par simple lecture sur une réglette du compas.

(*Odontologia Clinica*, février 1929).

Dr NICOLAS PAPA. — ***Recherches sur l'innerversation de la pulpe et de la courbe odontoblastique dans les dents de mammifères.***

L'auteur expérimente d'après les méthodes de Cajal et Bielschowski la situation des filets nerveux dans la pulpe du bœuf.

Ceux-ci ayant pénétré par l'apex cheminent parallèlement le long des canaux dans le sens longitudinal ; ils quittent ensuite ces vaisseaux pour former au-dessous de la couche de Weil un plexus très dense. De ce plexus se détachent de petites ramifications qui viennent se terminer dans la couche de Weil sous forme de réseau fibrillaire circulaire ou en bouton soit au-dessous de la rangée des odontoblastes, soit dans les odontoblastes mêmes.

L'auteur n'a jamais pu constater l'existence de cellules nerveuses dans la pulpe des dents ; les formations désignées par Monfort et Mummery comme étant des neurocytes ne sont certainement pas de nature nerveuse. Il n'a jamais vu pénétrer non plus dans la dentine des filets nerveux sortant de la pulpe.

(*La Stomatologia*, janvier 1929).

Professeurs G. FASOLI et MANICARDI. — ***Nouvelles recherches sur les causes de la carie expérimentale.***

A la suite d'expériences personnelles, les auteurs s'attachent à démontrer que la carie expérimentale, qui est la base de la théorie chimico-parasitaire, ne ressemble en rien à la carie sur le vivant.

Ils ont, en effet, laissé séjourner des dents humaines et des dents d'animaux dans une bouillie de pain et de salive à une température de 37° pendant un temps variant de cinq à douze mois et ils ont constaté sur toutes ces dents indifféremment le même processus de destruction, soit : une décalcification superficielle de l'émail et de la dentine sans tendance à s'étendre en profondeur, décalcification du cément absolument semblable à celle des autres tissus, enfin absence de pigmentation brunâtre caractéristique de la carie par défaut de pénétration des germes dans les canalicules.

Les auteurs concluent que la carie *in vitro* ne peut par conséquent pas reproduire la carie naturelle, qui est due à un processus biologique plus complexe.

(*La Stomatologia*, janvier 1929).

Dr Guillermo Ries Centeno. — ***La fétidité de l'haleine : ses causes.***

L'auteur passe en revue toutes les affections qui frappent divers organes et qui sont les causes d'altération de l'haleine.

Causes buccales : Parmi celles-ci la carie dentaire à tous les degrés avec ses complications infectieuses, fistules, abcès, phlegmons, ostéomyélites des maxillaires, la pyorrhée alvéolaire, toutes les variétés de stomatites, les fractures des maxillaires, les accidents de dent de sagesse, les glossites.

Les causes péri-buccales comprennent les affections aiguës ou chroniques des amygdales, du nez et des sinus maxillaires et qui produisent une odeur particulièrement nauséabonde et pénétrante.

Les causes extra-buccales d'origine générale : tels les états fébriles ou hémorragiques, la disphagie, le défaut de mastication — ou d'origine spéciale : l'odeur aigrelette, chloroformique dans le diabète — ammoniacale dans l'urémie — fétide dans la goutte. Toutes les maladies du tube digestif : gastrites, dyspepsies, cancer, ulcères. Les affections bronchiques et pulmonaires purulentes et gangréneuses sont autant de causes de fétidité de l'haleine.

Le traitement doit donc toujours viser cette cause.

(*Revista Odontologica*, février 1929).

Dr E. Jallego. — ***Traitement prothétique immédiat dans la résection du maxillaire inférieur.***

L'auteur rapporte l'observation d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur sur un sujet présentant trois tumeurs siégeant sur la table externe au niveau des grosses molaires : l'une à droite, l'autre à gauche, la troisième à hauteur de la symphyse mentonnière.

L'extraction successive de toutes les dents douteuses et saines, le curettage répété profond et étendu à tout le maxillaire n'amènent aucune régression des phénomènes. L'auteur pratique alors la résection complète de l'arc mandibulaire à partir des angles et le remplace immédiatement par un appareil prothétique. Cet appareil formé de deux segments fixés d'une part aux angles des branches montantes au moyen de fil de bronze, sont réunis en avant au niveau de la symphyse par une articulation à charnière. La muqueuse est rabattue sur l'appareil et maintenue par des sutures.

Trois mois après, le malade étant en pleine voie de guérison, la prothèse est enlevée.

L'auteur publiera prochainement la technique détaillée pour la construction de cette prothèse.

(*Revista Odontologica*, février 1929).

F.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE (25-30 juillet 1929)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE.

I. — Ouverture du Congrès.

Le Congrès du Havre a eu lieu à une époque légèrement différente par rapport aux années précédentes. Au lieu de commencer la dernière semaine de juillet (le lundi 29) pour se terminer en août, il a été à cheval sur les deux dernières semaines de juillet (du jeudi 25 au mardi 30) et l'excursion terminale, commencée le 31, a pris fin le 2 août.

Il a compté, comme chaque année, un nombre considérable de visiteurs, répartis inégalement dans les sections, suivant leur effectif. On sait que la XIVe section (Odontologie) a le plus grand nombre de membres.

L'ouverture du Congrès s'est faite avec le cérémonial d'usage, le jeudi 25, à 10 heures 30, au Grand Théâtre, sous la présidence de M. le Général Perrier, membre de l'Institut, président de l'Association.

II. — Séance des sections jeudi 25 juillet après-midi.

L'après-midi, à 14 heures, se tenaient au Lycée de garçons, rue Ancelot, grand immeuble bien disposé, les premières séances des sections.

La XIVe Section commença ses travaux par l'inauguration de l'exposition de matériel et de fournitures dentaires, installée dans une vaste salle et le couloir attenant à la salle de ses séances.

Puis, M. Blatter, président, après avoir fait part des excuses des Drs Bonnet-Roy, Bouland, de M. Derouineau, du Dr Dubeau, du Dr Frison, de M. Gick, de M. Geoffroi, du Dr Léo Mac Son (La Haye), des Drs Roy et Watry, invita l'assemblée à compléter son bureau. M. Cramer (Le Havre) et M. Wallis-Davy, furent élus respectivement vice-président et secrétaire. Il prononça ensuite une allocution, dans laquelle il exprima sa reconnaissance de l'honneur qui lui avait été fait en l'appelant à la présidence, souligna l'utilité des congrès, surtout pour les praticiens exerçant dans les petites ou moyennes localités, rappela la fondation de la Section en 1900 et remercia les congressistes présents d'être venus.

M. G. ANDRÉ (Paris) commença la série des communications par la lecture des deux mémoires figurant au programme.

I. — *Les grands chocs sur le système nerveux d'origine dentaire.*

II. — *La science bienfaisante et la science homicide.*

Nous publierons ultérieurement ces mémoires.

***

En l'absence du Dr Bonnet-Roy, il fut donné lecture de la communication qu'il avait adressée :

Un nouveau cas d'ostéo-phlegmon grave avec élimination d'un volumineux séquestre du maxillaire inférieur.

Nous publierons également ce travail, qui ne put être discuté par suite de l'absence de l'auteur.

***

Spira (Colmar). — *Cas de déglutition d'une broche de Kerr dans les voies aériennes.*

Après avoir relaté le cas, l'auteur présenta les radiographies y relatives.

Discussion.

M. Godefroy (Paris) a été témoin de plusieurs cas de déglutition de corps étrangers. Quand ceux-ci ne passent pas par la trachée artère, ils passent dans l'intestin. En mettant la digue on évite le danger de l'absorption de ces corps.

Le Dr *Polus* (Bruxelles) estime que le passage au travers de la membrane intestinale peut être dangereux à cause du manche et provoquer une péritonite. Le danger provient de ce qu'une pointe est émoussée, l'autre tranchante.

M. G. André signale qu'en faisant manger immédiatement le patient, on a des chances de faire évacuer le corps avalé.

M. H. Villain (Paris) rappelle l'appareil du Dr Guisez, permettant d'extraire tous les corps étrangers avalés.

Le *Dr Fourest* (Alger) mentionne qu'à la suite d'un accident de ce genre survenu dans son service d'hôpital, il a fait absorber au patient un verre d'eau contenant des fibres de coton.

M. Spira préconise l'ingestion d'aliments après l'accident.

M Blatter indique que ces accidents pourraient être réduits au minimum en procédant à la pulpectomie sous la digue.

***

Dr Delater (Paris). — *Introduction à l'étude des processus inflammatoires et tumoraux péridentaires. Les microbes et leur terrain de culture naturel : les tissus mous péridentaires* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

En l'absence de l'auteur, il a été donné lecture de cette communication, mais elle n'a pu être discutée.

***

Dr Polus. — *Les névrites linguales.*

M. H. Villain cite le cas d'une patiente dont les migraines rebelles ont disparu après l'extraction de ses dents de sagesse.

Cette communication clôture la première séance.

III. — Séance du vendredi 26 juillet matin.

M. WALLIS DAVY (Paris). — *Un cas de prothèse, avec présentation de modèles* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

DISCUSSION.

M. Spira désire savoir si le profil de la personne a été modifié.

L'auteur répond : Considérablement.

M. Spira regrette que l'articulé ne soit pas présenté à l'appui.



M. R. FRAENKEL. — *De l'importance d'un instrument porte-équarrissoir dans le traitement des canaux dentaires* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

DISCUSSION.

M. Blatter rappelle que M. Spira a signalé la veille des accidents survenant dans l'emploi des broches de Kerr.

M. Schatzman (Paris) emploie depuis dix-sept ans un mandrin articulé permettant de porter la sonde dans toutes les directions.



Dr BOUSQUET (Cannes). — *Considérations sur l'extraction dentaire à but esthétique envisagée d'après les résultats éloignés.*

DISCUSSION.

M. H. Villain met en garde contre les extractions inconsidérées, qui présentent de gros inconvénients.

M. Godefroy, à l'appui de la thèse de M. Bousquet, présente une patiente qui subit précisément les inconvénients d'extractions fâcheuses.

Le *Dr Audy* (Senlis) estime que l'auteur n'a pas assez insisté sur la nécessité de traiter les malpositions.

M. Bousquet ne s'est pas étendu sur l'âge auquel on doit opérer à cause de la longueur que cela aurait entraînée dans la communication.

M. Blatter conclut en disant que ces mutilations montrent que beaucoup de dentistes ignorent l'orthodontie.

IV. — Séance du vendredi 26 juillet après-midi.

Dr PONT (Lyon). — *Contribution à l'étude des canines incluses : leur pathogénie et leur traitement* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

Il est donné lecture de cette communication qui, en l'absence de l'auteur, ne peut être mise en discussion.

A cette occasion *M. H. Villain* formule des observations et présente des modèles et des radiographies. Ces dents évoluent toujours dans une position anormale. Il signale divers cas qu'il a eu à traiter et fait observer qu'il est souvent difficile de faire évoluer les canines.

M. Wallis-Davy cite un cas de canine incluse qu'il a découverte grâce à la radiographie, ainsi qu'un cas de deux canines incluses dont il a obtenu l'évolution avec un résultat acceptable. Il présente, à l'appui, des radiographies et des modèles.

Le Dr *Chenet* cite également un cas de canine incluse que la radiographie n'avait pas permis de déceler.

M. Spira expose quelques règles à suivre pour faire évoluer des dents incluses. Il présente des radiographies de deux natures : cas faciles, cas difficiles et signale les inconvénients et les dangers des forces employées pour mettre en position normale.

M. Godefroy dit que les canines incluses se rencontrent assez fréquemment et en cite un d'anormal.

Le Dr *Chenet* considère qu'on ne saurait employer pour un cas accidentel le traitement qui convient aux dents incluses.

Le Dr *Fourest* croit qu'un certain nombre de cas sont justiciables de l'intervention chirurgicale et dit que, seules, de grandes radiographies de toute la tête permettent parfois de découvrir des dents incluses.

***

Dr CHENET. — *La régénération osseuse après perte de substance étendue du maxillaire inférieur* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

DISCUSSION.

M. J. Rosenthal (Bruxelles) estime que dans les interventions pour tumeurs il n'y a pas de régénération osseuse parce que le périoste a été enlevé, ceci à l'appui de la théorie Thenet.

Le Dr *Fourest* rappelle que la théorie actuelle consiste à ne pas intervenir prématurément en matière de séparation.

V. — Séance du samedi 27 juillet matin.

M. HALOUA (Paris). — *Hygiène dentaire. Brosse à dents rotative à mouvements mécaniques* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

DISCUSSION.

M. Schatzman estime que la brossette circulaire ne permet pas le brossage des gencives, et il faudrait que cela fût possible.

M. Haloua est d'avis qu'on peut brosser les gencives avec la brosse à dents en forme de cupule ; mais ce qu'il voulait démontrer, c'est la rotation mécanique.

Le Dr *Audy* considère que pour brosser les anfractuosités il faut des brosses à soies légèrement molles.

M. Lentulo (Paris) dit que les dentistes ont l'habitude de conseiller la brosse dure ; c'est un tort, il faut des brosses légèrement molles.

Pour *M. Schatzman* la brosse n'est jamais assez dure ; mais il y a la manière de l'employer ; il ne faut pas que la brosse soit volumineuse.

M. Wallis-Davy recommande des brosses très dures à soies inégales et écartées ; il préconise le brossage rotatif, la bouche entrouverte.

Le Dr *Audy* fait remarquer que la question de pureté des soies est très difficile à régler, car leur blanchîment constitue la grande difficulté. Pour le brossage du collet il faut un brossage suffisant, mais il ne faut pas de soies trop dures.

Le Dr *Bousquet* a vu, aux Etats-Unis, une brosse à dents rotative fonctionnant à l'aide d'un dispositif analogue à celui de l'éventail mécanique ; mais il est d'avis de ne pas compliquer l'emploi de la brosse à dents par un appareil, si parfait soit-il.

M. Hulin (Paris) reconnaît que les dentistes demandent aux patients des mouvements de brossage que la brosse ne permet pas.

M. Haloua répond que la rotation augmente la force et que pour la pyorrhée il faut un appareil rotatif. Avant tout il faut faire l'éducation du public, ce qui exigera du temps.

***

Dr Solas (Paris). — *Stérilisateur pour daviers. Présentation de l'instrument.*

Discussion.

M. J. Rosenthal dit que, dans les stérilisateurs le nickelage s'abimant rapidement, il serait bon d'employer du nickel pur.

M. Solas répond que lors de la fabrication on emploiera facilement de l'acier inoxydable.

***

M. Lentulo. — *Observations sur les descellements accidentels des pivots dentaires* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

Discussion.

Le Dr *Audy* demande si les radiographies présentées indiquent la forme du pivot.

M. H. Villain rapporte qu'au Congrès de la Société odontologique suisse de 1929, à Schaffhouse, M. Muller signalait un instrument pour l'obturation des canaux imaginé par un confrère français, dont il ignorait le nom : ce confrère, c'est M. Lentulo.

Il faut que le pivot pénètre à frottement doux ; aussi est-il adversaire des pivots non cylindriques.

M. Joachim (Bruxelles) dit que quand on place des couronnes il doit y avoir des vides au-dessous. Que préconise M. Lentulo ?

M. Lentulo répond que dans les radiographies il y a des scellements avec des pivots cylindriques et non cylindriques. La difficulté consiste à remplir la loge de ciment. Si l'on est assuré de remplir la cavité avec du ciment on peut employer un pivot lisse ; mais il pense qu'on peut sceller les couronnes avec des lacunes.

VI. — Séance du samedi 29 juillet après-midi.

M. P. Gaubert (Paris). — *Le traitement vaccinal antipyorrhéique.*

Discussion.

Le *Dr Polus* demande si l'auteur a fait des radiographies et pense les montrer.

M. Gaubert répond qu'il n'en a pas fait.

Le *Dr Polus* fait remarquer que le vaccin Goldenberg n'a pas donné de résultats et est abandonné ; de même la pointe de feu doit être abandonnée. Certaines pyorrhées cèdent au nettoyage ; c'est le détartrage qui peut donner des résultats.

M. Gaubert déclare en avoir constaté avec son procédé.

Le *Dr Polus* réplique que la pseudo-pyorrhée d'origine tartrique cède au détartrage et que la pyorrhée vraie ne cède pas à la vaccino-thérapie.

M. Godefroy dit que, dans son cabinet, pour toutes les pyorrhées, il commence par l'examen radiographique et radiologique. Il estime que contre les fuso-spirilles le traitement chirurgical est le seul efficace.

Le *Dr Polus* pratique ce traitement chirurgical depuis quatre ou cinq ans. Il estime également que c'est le seul traitement efficace de la pyorrhée alvéolo-dentaire, car seul il permet de voir ce qu'on fait et il ne met jamais d'attelle de contention.

De son côté, *M. Godefroy* ne procède à la contention que quand elle s'impose.

Le *Dr Polus* signale deux cas qui ont dépassé les deux tiers de la dent, qui n'ont pas d'attelle et n'ont pas présenté de réaction.

Il insiste sur le côté esthétique dans le traitement de la pyorrhée. Il est donc préférable de choisir une méthode ne faisant pas perdre de temps et donnant des résultats avantageux.

***

M. G. Villain. — *L'orthodontie et l'orthognathie dans la pratique courante.*

Discussion.

Un congressiste demande des indications sur la façon d'opérer le massage orthodontique.

M. G. Villain les fournit.

M. Rosenthal croit que le soin des dents de lait est la base de toute orthodontie.

Le Dr *Polus* signale qu'on oublie trop souvent d'enlever le filet labial supérieur, ce qui produit des effets physiologiques fâcheux.

M. Joachim (Bruxelles) constate que M. G. Villain a mis les chirurgiens-dentistes en garde contre l'obligation des traitements orthodontiques lors de l'application de la loi sur les assurances sociales et estime que les infirmières visiteuses devraient leur amener les jeunes enfants ayant besoin de soins.

M. G. Villain n'a pas voulu aborder la prophylaxie, mais seulement attirer l'attention sur le délaissement de l'orthognathie et de l'orthodontie.

Il signale le danger de réséquer trop tôt le frein labial.

Il mentionne qu'il existe aux Etats-Unis des hygiénistes dentaires qui procèdent régulièrement au nettoyage des dents des enfants.

Il termine en disant que la mastication est indispensable pour la tonicité des muscles.

* * *

M. Barail (Paris). — *La lumière froide. Quelques résultats thérapeutiques intéressants dus à une nouvelle sélection d'ondes longues* (Sera publiée).

Cette communication n'a pas donné lieu à discussion.

VII. — Séance du lundi 29 juillet matin.

Dr Pierre Rolland. — *De la stérilisation et de l'entretien des seringues à injections hypodermiques* (Sera publiée dans un numéro ultérieur).

Discussion.

M. Boucher (Paris) signale l'emploi d'un appareil autoclave avec trompe à eau pour la stérilisation des instruments. Quant aux seringues, elles sont dans des boîtes métalliques placées dans l'autoclave. En les faisant argenter on évite l'oxydation.

Mlle Legendre (Paris) demande s'il y a inconvénient à employer l'eau oxygénée.

Le Dr *Rolland* répond affirmativement et cite des cas de grande chirurgie à l'appui. Ce n'est pas la vapeur d'eau qui oxyde, ce sont les traces d'oxygène restantes qui causent l'oxydation.

Cette communication a clos la série des travaux scientifiques.

VIII. — Elections diverses.

Le samedi 27, dans la séance du matin, il fut procédé à diverses élections.

Tout d'abord, *M. Blatter* fit connaître que le Comité exécutif avait décidé d'offrir la présidence de la Section au Congrès d'Alger (2e quinzaine d'avril 1930) au président de l'Association générale des dentistes de Belgique, M. Joachim (*Applaudissements*), ajoutant qu'il serait heureux de son acceptation.

M. Joachim se déclare très heureux et très flatté ; l'Association des dentistes de Belgique accepte avec plaisir et remercie de l'honneur qui lui est fait. Il adresse un appel aux congressistes présents pour avoir des adhésions et des communications.

M. Blatter l'assure du concours du Comité exécutif de la Section.

COMITÉ EXÉCUTIF.

Les pouvoirs de MM. Roy et Wallis-Davy, membres du Comité exécutif de la Section, expirant en 1929, sont renouvelés pour cinq ans. Le Comité est dès lors ainsi composé :

MM. G. Villain.	Expiration du mandat.	1930
Dr Siffre.		1930
H. Villain.		1931
Spira.		1931
Fourquet.		1932
Dr Croës.		1932
Dr Pont.		1933
Pinèdre.		1933
Dr Roy.		1934
Wallis-Davy.		1934

plus M. Joachim, président, et M. Derouineau, secrétaire de la Section.

Le Dr Roy, délégué au Conseil de l'A. F. A. S., est réélu jusqu'en 1932.

Le Dr Siffre est réélu délégué à la Commission des subventions de l'A. F. A. S. et M. Wallis-Davy, délégué suppléant.

IX. Réceptions, banquets, excursions.

La veille de l'ouverture du Congrès, le mercredi 24 juillet, le Comité local recevait, à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue du Lycée, les membres de la Section, auxquels il offrait une coupe de Champagne. M. Cramer, président de ce Comité, leur souhaita la bienvenue ; M. Blatter lui répondit.

***

Le jeudi 25, à 21 heures, la Municipalité havraise recevait à l'Hôtel de Ville, les membres de l'A. F. A. S. venus pour le Congrès.

***

Le samedi 27, à 20 heures, le banquet de la Section à l'Hôtel Frascati

réunissait 80 convives, sous la présidence de M. Léchelle, adjoint au Maire et remplaçant celui-ci, empêché, assisté de M. Lalmand, sous-préfet, Buchard, maire adjoint, Dr Loir, chef du Bureau d'hygiène, Dr Verne, secrétaire du Conseil de l'A. F. A. S.

Au dessert, MM. Cramer, Blatter, Joachim, Léchelle et Lalmand prirent successivement la parole. M. Blatter remercia notamment le Comité local, en particulier M. Palmer, secrétaire, qui en avait été l'âme, de la peine considérable qu'il avait prise pour l'organisation et la réussite du Congrès. Il rappela que, quinze ans auparavant, en 1914, un Congrès semblable s'était tenu dans la même ville, à la même époque, avec le Dr Audy, président, et M. Palmer, également secrétaire, assis tous deux à ses côtés, que la réunion s'était terminée précipitamment à cause de la déclaration de guerre et qu'en quittant le banquet d'alors M. Audy avait trouvé à l'hôtel son ordre de mobilisation.

***

Le dimanche 28, le Comité exécutif et le Comité local offraient aux membres de la Section une excursion à Trouville avec déjeuner au restaurant du Casino. Quarante membres y prenaient part.

Le même jour une excursion générale de l'A. F. A. S. avait lieu à Fécamp.

***

Les mercredi 31 juillet, jeudi 1er, vendredi 2 août, deux excursions finales générales étaient organisées par l'A. F. A. S., la première à Lisieux, Trouville, Caen, Bayeux, Mont-Saint-Michel, la deuxième, à Rouen et la région.

***

Le Congrès du Havre de 1929 est un nouveau maillon de la chaîne des réunions annuelles de l'A. F. A. S. où, à côté des fidèles habitués, toujours nombreux, de ces réunions, viennent se grouper chaque année les praticiens de la région où se tient la session.

En 1930, nous le répétons, le Congrès aura lieu à Alger, dans la seconde quinzaine d'avril, pour commémorer le centenaire de la conquête de l'Algérie. M. Joachim, de Bruxelles, présidera la 14e Section. Nous ne doutons pas que nos confrères algériens ne nous accueillent aussi cordialement que ceux du Havre, auxquels l'*Odontologie* tient à exprimer sa gratitude, avec une mention toute spéciale pour M. Palmer.

Nous félicitons aussi très vivement M. Blatter, pour la dignité avec laquelle il a présidé le Congrès, et M. Wallis-Davy pour la peine qu'il s'est donnée en se dépensant, comme toujours, sans compter.

49e ANNÉE N° 10. 30 OCTOBRE 1929. VOL. LXVII

BULLETIN

de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA RÉGION PARISIENNE.

(Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne)

Mon cher Confrère,

Vous avez reçu sans doute, le 25 juin dernier, une circulaire explicative et détaillée, relative au rôle que nous devons remplir dans la prochaine application de la loi sur les Assurances sociales et les moyens que nous devons envisager pour la sauvegarde de nos intérêts.

Parmi ces moyens et conformément à la loi, nous devons nous constituer en syndicats régionaux qui, seuls, seront reconnus et fonctionneront suivant les règlements en vigueur.

Dans ce but le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et l'Association générale syndicale des Dentistes de France ont créé rapidement, et pour parer à toute éventualité, le « Syndicat des Chirurgiens-dentistes de la région parisienne » (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne).

Nous avons adressé à tous les confrères de ces départements, en même temps que la circulaire précitée, un bulletin d'adhésion à ce nouveau groupement. Nous devons reconnaître avec plaisir que très nombreux sont les praticiens qui nous ont retourné le bulletin signé. Mais notre joie eût été plus grande si la totalité ou presque des chirurgiens-dentistes qui avaient reçu la circulaire avaient répondu à notre appel. Car, il faut le crier bien fort, il ne s'agit ni d'une lutte d'opinions, ni d'une lutte d'idées, mais uniquement de nos *intérêts purement matériels*. C'est pourquoi chaque bulletin accroîtra nos forces, chaque adhésion consolidera nos positions. *N'hésitez plus, cher Confrère,* à nous adresser le vôtre.

Secouons notre négligence ou notre indifférence et formons le bloc compact capable d'avoir le prestige et la puissance nécessaires qui lui viendraient du nombre, pour nous défendre et veiller à ce que le fruit de notre travail ne soit pas lésé.

Dans le courant du mois de novembre se réunira l'Assemblée générale

qui constituera son Comité définitif dont feront partie ceux des Confrères susceptibles d'être touchés par les Assurances sociales.

En temps utile seront convoqués à cette Assemblée générale tous les Confrères qui auront retourné signé le *Bulletin d'adhésion de principe.*

Confrères, renvoyez-nous vite le bulletin ci-joint rempli, 10, rue de l'Isly, Paris. C'est l'intérêt de tous.

Veuillez croire, mon cher Confrère, à nos sentiments confraternels.

LE BUREAU PROVISOIRE :

Président : Henri VILLAIN. *Secrétaire général* : BLOCMAN.
Trésorier : HERMANN. *Trésorier adjoint* : CERNÉA.

LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

41e Congrès Dentaire

Confrères !

Il s'agit de la prochaine

Semaine Odontologique.

Elle se tiendra au Grand Palais

du 6 au 13 AVRIL 1930,

avec son habituelle et importante Exposition.

Confrères !

Prenez vos dispositions pour participer à cette

Grande Manifestation Professionnelle

LA PATENTE IMPOSE UNE CHARGE EXCESSIVE AUX PROFESSIONS LIBÉRALES

L'ACTION INDIVIDUELLE A ENTREPRENDRE POUR Y REMÉDIER.

LES RÉSULTATS DÉJA OBTENUS ET CEUX QUI VONT L'ÊTRE.

Depuis 1918, la patente n'existe plus comme impôt d'Etat. A cette époque, elle a été maintenue *provisoirement* en tant que taxe municipale. Ce provisoire a non seulement duré — comme il arrive souvent, — mais il a aggravé dans une proportion vraiment énorme la charge des contribuables. Exemples : à V..., ville de 60.000 habitants, la patente a été augmentée, de 1914 à 1928, dans une proportion de 1 à 20 — à Paris, elle l'a été, dans une proportion de 1 à 38, — à V..., dans une proportion de 1 à 40. Dans certaines villes, elle fait plus que *doubler* le chiffre du loyer.

Or, ainsi que le montre excellemment Me Guérandel, avocat au barreau de Versailles, dans la *Semaine juridique* du 13 juin 1929, cette répartition des charges locales est *inéquitable* et *illégale*. Ce praticien, spécialiste des questions fiscales, conseille aux contribuables intéressés de s'efforcer de mettre fin à cet état de choses, par voie de réclamations INDIVIDUELLES à l'Administration.

On se gardera de faire une pétition collective par voie syndicale ; elle serait d'une portée restreinte, n'étant considérée que comme émanant d'un seul contribuable. Ce qu'il faut, c'est attirer l'attention des pouvoirs publics par le *nombre des réclamations*. En la forme, rédiger la pétition sur timbre, la signer, y joindre l'avertissement.

Au fond, indiquer les moyens à l'appui, à savoir : caractère inéquitable et illégal de la répartition des charges locales : soutenir que cette répartition est effectuée contrairement aux principes du droit public.

Me Guérandel recommande aux intéressés d'adresser leur réclamation, dès la réception des avertissements pour 1929.

Il faut bien remarquer que l'application des articles 19 et 20 de la loi du 19 mars 1929 entraîne dès cette année un allègement appréciable pour les médecins et les avocats, dont la valeur locative de l'appartement ne dépasse pas 8.000 francs et ceux qui bénéficient déjà des déductions légales pour charges de famille sur la contribution mobilière ; cet allègement, porté aux feuilles d'imposition pour 1929, comporte en somme pour les loyers inférieurs à 8.000 francs une réduction de 14 % environ de la valeur locative.

Cette amélioration est encore bien insuffisante. C'est pourquoi M. Louis Sarran, avocat à la cour d'appel de Paris et M. A. Sainte-Laguë, agrégé de l'université, adressèrent, au nom de la Confédération des travailleurs intellectuels, une lettre au Ministre des Finances, en vue d'obtenir la modification immédiate de l'impôt des patentes : ils deman-

dèrent particulièrement : la restriction de l'assiette de la patente aux seuls locaux professionnels, à l'exclusion des locaux d'habitation, et pour les professions libérales inscrites au tableau D (médecins, avocats) calcul du droit proportionnel sur le 30e de la valeur locative des locaux professionnels, au lieu du 15e ou du 12e. (Voir cette lettre dans la *Gazette du Palais* du 27 juin 1929.)

Or, au cours de la discussion de la loi sur les loyers, le Ministre des Finances a déclaré que cette double modification serait réalisée dans la loi relative aux contributions directes, dont le vote est prochain.

***

A la suite de notre article relatif à la patente et à la charge excessive qu'elle impose aux professions libérales — en particulier aux médecins — nous avons reçu de nos lecteurs de nombreuses demandes de précisions.

Pour répondre à leur désir, voici des détails complémentaires sur cette question dont l'intérêt est de premier ordre pour le corps médical :

A qui adresser la réclamation.

Conformément aux nouvelles prescriptions de la loi de finances du 27 décembre 1927 et aux instructions de la régie consécutives à cette loi, la demande doit être adressée, dans les trois mois du jour qui suit la mise en recouvrement du rôle, au directeur des contributions directes du département du domicile du contribuable.

En effet, en vertu de l'article 10 de la loi du 27 décembre 1927, ce haut fonctionnaire a le droit de statuer de sa propre autorité sur toute réclamation en décharge ou en réduction d'impôt, formée à partir du 1er juillet 1928 par un contribuable de son département.

Il faut donc se garder d'adresser sa requête au préfet ou au sous-préfet.

Le directeur des contributions directes doit statuer dans les six mois à compter de la date du dépôt de la réclamation, *dont il faut toujours demander un récépissé.* Il peut ordonner le dégrèvement d'office. S'il rejette, la demande, il doit motiver sa décision et, la demande est réputée rejetée, si aucune suite n'y a été donnée dans le délai de six mois.

Le contribuable a alors le droit de porter l'affaire devant le Conseil de préfecture interdépartemental, dans le mois qui suit le jour où la décision du directeur lui a été notifiée, ou bien dans celui qui suit l'expiration du délai de six mois dont il vient d'être parlé.

Par surcroit de précautions, le contribuable peut présenter également une autre réclamation à la mairie ; en effet, c'est là un droit strict pour lui, l'article 10 de la loi du 27 décembre 1927 n'ayant nullement abrogé l'article 5 de la loi du 18 juillet 1911, qui accorde aux contribuables la faculté de présenter leurs réclamations à la mairie de leur commune.

Nous recommanderons même cette *double* réclamation, en raison de la nécessité d'attirer le plus tôt possible l'attention des pouvoirs publics *par le nombre massif* de ces réclamations, — condition essentielle, ainsi que nous l'avons montré dans notre dernier article, pour que le corps médical et les autres membres des professions libérales puissent obtenir justice.

LOI DU 19 MARS 1928. ART. 19 ET 20.

« ART. 19. — Sont doublés, à partir du 1er janvier 1929, les chiffres limites de valeur locative prévus au tableau D, annexé à la loi du 19 avril 1905, pour application, aux professions libérales, du droit proportionnel de patente d'après le taux du douzième au lieu du taux du quinzième. »

« ART. 20. — A partir du 1er janvier 1929, dans les communes où, par application des lois des 20 juillet 1904 (art. 4) et 12 juillet 1910 (art. 18) ou de lois spéciales, les valeurs locatives servant de base à la contribution mobilière sont déterminées sous déduction d'un minimum de loyer, majoré, le cas échéant, en raison des charges de famille ; les mêmes déductions sont étendues à l'assiette du droit proportionnel de patente sur les locaux d'habitation. »

L'article 19 a pour but de doubler les chiffres limites de valeur locative au delà desquels le taux est porté du quinzième au douzième, et l'article 20 étend à la patente les déductions pour charges de famille et *pour minimum de loyer* appliquées en matière de contribution mobilière. Cette dernière disposition tend à mettre fin à l'iniquité du procédé qui consiste à taxer le contribuable d'après l'importance extérieure de son logement principal, comme si celui-ci n'était pas fonction de contingences diverses, absolument indépendantes de l'activité professionnelle qui y est déployée, par exemple, le nombre d'enfants.

Or, l'Administration des finances interprète de façon très étroite ce texte, dont l'esprit est, ainsi qu'on vient de le voir, favorable au contribuable. En effet, par sa circulaire n° 2021, en date du 8 avril 1928, la Direction des contributions directes a invité ses agents à établir le droit proportionnel de patente d'après la valeur locative diminuée des *mêmes abattements que ceux pratiqués pour l'assiette de la contribution mobilière*, en spécifiant qu'il ne saurait être question d'envisager des abattements différents, l'un pour la contribution mobilière, l'autre pour la patente, dans les localités où les valeurs locatives retenues pour la répartition sont inférieures aux loyers réels actuels dont il est fait état pour le calcul du droit proportionnel de patente.

C'est cette extension à la patente, des règles de la mobilière, qui n'est pas admissible, parce que, s'agissant de deux impositions de nature différente, on aboutit, dans le système du fisc, à une iniquité, puisque la déduction est calculée, pour la mobilière, *sur le loyer de* 1914, alors que, *pour*

la patente, elle l'est sur le loyer de 1929. Il est dès lors très clair, que déduire la *même somme dans les deux cas* conduit à un résultat absolument opposé aux vues du législateur de 1928.

Formule de la réclamation.

Nos articles sur la charge excessive qu'impose la patente aux professions libérales et sur le moyen à employer pour tenter de remédier à cet état de choses, à savoir, la réclamation individuelle en masse, nous a valu, de la part des lecteurs du *Siècle Médical*, de nombreux témoignages d'approbation et de non moins nombreuses demandes de précisions relativement à la forme que doit présenter la réclamation.

Cette réclamation, qui doit être faite, comme nous l'avons dit, (et après avoir acquitté les droits réclamés) et qui doit être adressée au directeur des contributions directes du département, sera rédigée sur papier timbré à 3 fr. 60, le coût du timbre devant être remboursé au contribuable dans le cas où sa requête serait déclarée fondée. Il faut joindre à la réclamation l'avertissement envoyé par le percepteur ou, à son défaut, un duplicatum ou un extrait du rôle ou, du moins, le numéro de l'article du rôle contesté.

La formule à employer peut être celle-ci : *Date.*

Monsieur le Directeur des contributions directes,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que, conformément à l'avertissement qui m'a été délivré pour l'acquit des contributions directes et taxes assimilées en 1929, *article...* [1]*... du rôle, numéro du compte...*[1] *... et que je vous prie de bien vouloir trouver joint à la présente réclamation, j'ai acquitté la somme de...* [1]*... francs pour laquelle j'ai été imposé au titre de la patente.*

J'estime que la répartition des charges locales a été faite en violation des principes du droit public qui consacrent l'égalité proportionnelle des impositions, et que la détermination du principal fictif de la contribution des patentes a été faussée par l'emploi de mesures monétaires qui ne devaient pas recevoir application en la matière.

J'ajoute qu'il est inéquitable de me taxer d'après le chiffre de mon loyer, alors qu'aux termes de l'article 12 *de la loi du* 15 *juillet* 1880, *la valeur locative peut être déterminée, soit au moyen des baux authentiques ou de déclarations de locations verbales dûment enregistrées, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aura été régulièrement constaté ou sera notoirement connu, et, à défaut de ces bases, par voie d'appréciation directe.*

En conséquence du caractère illégal et inéquitable de la taxation dont j'ai été l'objet, j'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance et de votre équité une réduction de mon imposition au titre de la patente.

Veuillez agréer, etc. (Signature.)

(*Le Siècle Médical*, 15 juillet et 15 août 1929).

SERVICE DE SANTÉ

Jeunes gens bénéficiant de l'article 37 de la loi du 31 mars 1928 et ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure.

NOTA. — *La première ville indique le nom de la Faculté ou de l'Ecole de l'intéressé, la seconde le recrutement, et le nombre la classe de recrutement; la section d'infirmiers militaires à laquelle il sera affecté sera indiquée lors de l'incorporation. Ces jeunes gens devront alors être porteurs d'un certificat indiquant leur scolarité.*

SECTION DENTAIRE.

AILLERIE (Pierre-Camille), Paris, Parthenay, 1925.
BATY (Robert-Jean-Ernest), Bordeaux, Parthenay, 1926.
BELLOIR (Jacques-René-Louis-Aimé), Nantes, Granville, 1927.
BERBANT (Jean-René-Louis), Paris, Seine (4e bureau), 1927.
BERMANN (André-Joseph-Michel), Paris, Seine (6e bureau).
BILLET (Roger-Zacharie-Marie), Nantes, Nantes, 1928.
BITSCH (Gustave-Albert-Jules), Nancy, Toul, 1926.
BRIAL (Georges-Jules-Alfred), Bordeaux, Bordeaux, 1927.
BRICHETEAU (Etienne-Abel-Augustin-Robert), Paris, Le Blanc, 1927.
BURG (Gérard-Georges), Paris, Seine (4e bureau), 1927.
BURGULURU (Jean-Auguste), Bordeaux, Bordeaux, 1928.
CALLIER (Paul-Marie-Louis), Paris, Besançon, 1928.
CANTALOU (Jacques-Jean-Léon), Paris, Seine (1er bureau), 1928.
CHARBONNEL (Claude-Roger), Paris, Seine (2e bureau), 1927.
CHAUMETTE (Xavier-Guy), Bordeaux, Bordeaux, 1926.
CHEVALIER (Paul-Emile-Théodore-Marcel), Paris, Alger, 1924.
CHEVILLOT (Henri-Louis), Paris, Seine (1er bureau), 1928.
COLIGNON (Georges-Emile-François), Nancy, Nancy, 1927.
COLLIN (André-Pierre), Paris, Seine (4e bureau), 1927.
CORBEIL (Robert-Jean-Marie), Paris, Argentan, 1926.
COUTAN (Jean-Etienne-Paul), Paris, Seine (1er bureau), 1927.
CRESNO (Georges-Auguste-Raymond), Nantes, La Roche-sur-Yon, 1927.
CROTTIER (Paul-Charles-Gabriel), Paris, Clermont-Ferrand, 1929.
DANTIN (Jean-Charles-Joseph), Lille, Houdain, 1925.
DARGAUD (Antoine-Jean-Henri), Lyon, Châlon-sur-Saône, 1925.
DECK (Charles-Frédéric), Strasbourg, Strasbourg, 1925.
DELAGE (René-Adrien-Henri), Bordeaux, Angoulême, 1927.
DELETRAZ (Raymond-Henri), Paris, Seine (1er bureau), 1928.
DENELLE (Jean-Robert), Paris, Seine (2e bureau), 1926.
DEPOND (Edouard-Emile-Sylvain-Jules), Bordeaux, Le Blanc, 1922.
DESCHAMPS (Antoine-Jean-Olivier-Georges), Paris, Seine (6e bureau), 1927.
DODAT (Gabriel-Marc), Paris, Montluçon, 1926.
DRILLON (Albert-Jean-Jules), Paris, Coulommiers, 1929.
DUBS (Robert-Eugène-Gustave), Paris, Versailles, 1926.
DUMAS (Jean), Paris, Aurillac, 1928.
DUPAS (Pierre-Joseph), Lille-Etat Lille, 1925.
ETTEL (Roger-Octave), Nancy, Belfort, 1926.

Fauchois (Robert-Edouard), Paris, Seine (6e bureau), 1926.
Gabriel (René-Léon), Paris, Seine (1er bureau), 1926.
Gasc (Ferdinand-Auguste), Lyon, Perpignan-Est, 1923.
Gault (Henri-Jean-Marcel), Lyon, Sceaux, 1928.
Guenot (Henri-Pierre-Emile), Paris, Seine (2e bureau), 1929.
Gugny (Georges-Jules-Alexis), Nancy, Belfort, 1928.
Guibert (Lucien-Camille-Jean), Bordeaux, Bordeaux, 1927.
Hofstein (René), Strasbourg, Thionville, 1927.
Imbert (Jean-Alphonse-Germain), Paris, Seine (2e bureau), 1928.
Jance (Pierre-Jean-Elie-Marie), Paris, Seine (4e bureau), 1928.
Jean (Louis-Raoul), Paris, Mende, 1926.
Jeanmasson (André-Marcel), Paris, Vesoul, 1927.
Joncoux (Jacques-Pierre-Antoine), Paris, Seine (4e bureau), 1926.
Juignier (Jean-Georges-Louis), Nantes, Nantes, 1927.
Lacheze (Jean-Baptiste), Bordeaux, Limoges, 1924.
Lacordaire (Léon), Paris, Versailles, 1926.
Lapeyre (Guy-Michel-Marie), Paris, Versailles, 1926.
Leroux (Jean-Gustave), Paris, Seine (4e bureau), 1928.
Lew (Henri), Paris, Seine (4e bureau), 1929.
Marie (René-Régis), Paris, Seine (3e bureau,)1927.
Mataillet (René-Albert), Nancy, Besançon, 1927.
Mercier (Charles-Auguste-Joseph), Marseille, Seine (1er bureau), 1925.
Mont (Marceau-Gustave-Maurice), Paris, Seine (1er bureau), 1925.
Moussy (Jean-Félix-Pierre), Nantes, Nantes, 1926.
Noel (Jacques-Pierre), Paris, Seine (3e bureau), 1927.
Nurit (Charles), Paris, Seine (5e bureau), 1928.
Noyeau (Armand), Nantes, Nantes, 1926.
Palies (Marcel-Maurice), Paris, Seine (1er bureau), 1926.
Papion (André-Pierre), Paris, Versailles, 1928.
Pasqual dit Pascal (Charles-Henri), Paris, Alger, 1928.
Peyrichon (Gaston-Henri), Paris, Seine (1er bureau), 1928.
Poulet (Henri-Charles-André), Paris, Seine (6e bureau), 1928.
Pourquie (Raymond), Paris, Bayonne, 1924.
Quatrehomme (Guy-Eugène), Paris, Versailles, 1927.
Querillac (Jean-Charles-Antoine), Bordeaux, Bordeaux, 1928.
Renaux (Michel-Gustave-Gaston), Nancy, Epinal, 1927.
Rialland (François-Louis-Anne), Nantes, Lorient, 1925.
Rigaud (André-Abdon), Paris, Seine (6e bureau), 1925.
Rigault (André-Georges), Paris, Seine (1er bureau), 1928.
Schmitt (Maurice-Auguste-Félix), Marseille, Marseille, 1927.
Sentenac (Elie-Auguste), Bordeaux, Bordeaux, 1927.
Taillardat (Marcel-Auguste), Paris, Bourges, 1928.
Teysseire (Robert-Pierre-Joseph), Lyon, Rhône.
Torterat (Maxime-Auguste-Eugène), Paris, Seine (2e bureau), 1929.
Toutain (Gaston-Pierre-Louis), Paris, Argentan, 1925.
Vandeweche (Henri-Gaston), Lille-Etat, Lille, 1924.

(*Journal Officiel* du 29 septembre 1929).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BELGIQUE

Arrêté royal réorganisant les études et les examens pour l'obtention du diplome de dentiste.

Article premier. — Nul n'est admis à se présenter à l'examen de dentiste s'il n'est porteur :

1° Soit d'un des certificats homologués d'études moyennes prévus à l'article 5 de la loi du 10 avril 1890 3 juillet 1891, soit d'un certificat délivré à la suite des épreuves prévues aux articles 10 et 12 de la même loi, soit d'un certificat délivré par notre ministre de la Défense Nationale en vertu de l'article 2, 1° de la loi du 14 février 1919 portant certaines dérogations à la loi précitée, soit d'un certificat admis par notre ministre des Sciences et des Arts attestant que le récipiendaire a fait avec succès des études en rapport avec celles que supposent les certificats précités ;

2° D'un certificat constatant que le récipiendaire a, *postérieurement* à l'obtention du certificat désigné au 1°, subi avec succès, devant un des jurys prévus à l'article 6 ci-après, une épreuve préalable sur les matières suivantes dans les limites du programme annexé au présent arrêté :

a) Une épreuve écrite portant sur la physique, la chimie et la métallurgie dentaire ;

b) Une épreuve orale portant sur l'anatomie et la physiologie ;

c) Une épreuve pratique d'art dentaire y compris la prothèse.

3° D'un certificat délivré et signé par les professeurs qui ont donné l'enseignement, constatant que le récipiendaire a fréquenté avec assiduité et succès pendant deux ans au moins un enseignement théorique et pratique dans une université ou dans une école spéciale, dont le caractère sérieux aura été reconnu par la commission médicale provinciale du ressort.

Cet enseignement aura une durée effective *de six heures par jour*, pendant vingt-huit semaines chaque année. S'il n'est pas fait dans une université, il doit être annoncé à la commission médicale provinciale du ressort dans lequel il est suivi ; il est surveillé par elle.

Les certificats émanant d'une école spéciale doivent être agréés et visés par la commission médicale provinciale du ressort.

Art. 2. — Les porteurs du diplôme légal de candidat en médecine, chirurgie et accouchements sont dispensés du certificat prévu au 2° de l'article précédent.

Les porteurs d'un certificat obtenu devant une université belge ou devant un des jurys constitués par le gouvernement pourront être dispensés, à l'épreuve préalable prévue au 2° de l'article précédent, des interrogations relatives aux matières figurant sur ledit certificat.

Les étrangers domiciliés en Belgique depuis trois ans au moins à la date de la publication du présent arrêté et qui sont porteurs d'un diplôme de dentiste ou de médecin obtenu à l'étranger leur donnant le droit d'exercer leur art dans le pays où il a été délivré, pourront être dispensés des conditions indiquées aux 1° et 2° et, éventuellement, au 3° de l'article précédent par notre ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène d'accord avec notre ministre des Sciences et des Arts.

ART. 3. — Les examens de dentiste comprennent une épreuve théorique et une épreuve pratique.

L'épreuve théorique se fait oralement ; elle porte sur les matières suivantes, dans les limites du programme annexé au présent arrêté :

a) Eléments de pathologie générale, spécialement envisagée au point de vue dentaire ;

b) Pathologie et thérapeutique buccales ;

c Dentisterie opératoire ;

d) Prothèse dentaire ;

e) Orthodontie.

L'examen pratique comporte :

a) L'examen de deux cas cliniques sur des personnes atteintes d'affections dentaires ;

b) L'exécution d'un travail de dentisterie opératoire ;

c) L'exécution d'un travail de prothèse dentaire ;

d) L'exécution d'un travail d'orthodontie.

ART. 4. — Les Belges âgés d'au moins vingt-huit ans, au 31 décembre 1929, sont admissibles à l'examen de dentiste avec dispense des conditions indiquées à l'article 1er du présent arrêté s'ils établissent qu'au moment de la publication dudit arrêté ils ont été occupés en Belgique, pendant au moins cinq ans, à des travaux pratiques d'art dentaire dans les services dentaires de l'armée, chez un médecin exerçant la profession de dentiste ou chez un dentiste diplômé.

ART. 5. — Pour les récipiendaires visés à l'article précédent, l'examen de dentiste comporte :

a) Une rédaction sur une question d'ordre général relative à la pratique de l'art dentaire ;

b) L'examen de deux cas cliniques sur des personnes atteintes d'affections dentaires ;

c) L'exécution d'un travail de dentisterie opératoire y compris l'orthodontie ;

d) L'exécution d'un travail de prothèse dentaire.

A l'occasion de cet examen, le jury s'assurera si les récipiendaires possèdent une connaissance suffisante, pour la pratique de l'art dentaire, des notions d'anatomie et de physiologie inscrites au programme de l'épreuve préalable visée à l'article 1er, ainsi que des matières prévues au programme pour l'épreuve théorique de dentiste.

Les examens sont publics.

ART. 6. — Les jurys y sont nommés par les commissions médicales provinciales dans le ressort desquelles se trouve une université. Ils sont composés de trois membres, dont un membre de la commission médicale provinciale, qui remplira les fonctions de président. Le second membre sera un professeur d'université. Dans les ressorts où il existe une ou des écoles dentaires dont la commission agrée les certificats, le troisième membre sera choisi parmi les praticiens de l'art dentaire ; toutefois, si une école dentaire dont les certificats sont agréés par la commission médicale provinciale présente un récipiendaire, le troisième membre sera choisi, pour ce qui concerne ce récipiendaire et à la demande du directeur de cette école, parmi les professeurs de celle-ci.

ART. 7. — Environ deux mois à l'avance, un avis, inséré au *Moniteur* et dans deux journaux au moins du ressort de la commission médicale provinciale, annoncera l'époque des examens. Cet avis est, en outre, transmis aux recteurs des universités et aux directeurs d'écoles dentaires. Il indiquera le délai dans lequel les candidats sont tenus de se faire inscrire. Le secrétaire avisera du jour de l'examen tout récipiendaire régulièrement inscrit.

ART. 8. — Les pièces à joindre à la demande d'inscription à l'épreuve préalable et à l'examen de dentiste sont :

1° Un extrait de l'acte de naissance du récipiendaire ;

2° Un certificat de moralité délivré par l'administration communale du lieu de son domicile ;

3° La quittance d'un receveur de l'enregistrement constatant le versement par le récipiendaire, dans les caisses de l'Etat, d'un droit d'inscription fixé à deux cent cinquante francs pour l'épreuve préalable et à cinq cents francs pour l'examen de dentiste.

Les récipiendaires ajournés à une session précédente ne payent plus que la moitié dudit droit ;

4° Pour les récipiendaires qui désirent bénéficier de la dispense prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article 2, une copie certifiée conforme de leur certificat ; ils devront se munir de l'original de celui-ci le jour de l'examen ;

5° Pour les récipiendaires qui désirent bénéficier de la dispense prévue au dernier alinéa de l'article 2, la dépêche ministérielle leur accordant l'équivalence de diplôme ou certificat.

A l'appui de leur demande à notre ministre de l'Intérieur et de

l'Hygiène, en vue de cette équivalence, ils joindront leur diplôme, les certificats et l'attestation dont il vient d'être question seront, préalablement et à la diligence de l'intéressé, légalisés par l'agent diplomatique belge accrédité près du gouvernement du pays où les diplômes et certificats ont été délivrés ;

6° Pour les récipiendaires se présentant à l'examen de dentiste en vertu de l'article 4, un certificat de nationalité et les certificats de pratique prévus au même article 4.

Art. 9. — Il y a annuellement une session d'examens. Elle commence en juillet. Après trois échecs successifs le candidat n'est plus admis à se présenter.

Art. 10. — Lors de la proclamation des résultats des examens, les candidats seront déclarés admis ou non admis. Il ne sera pas fait de classement individuel.

Art. 11. — Les commissions médicales provinciales règleront tout ce qui concerne l'organisation de l'épreuve préalable et de l'examen final de dentiste.

Art. 12. — Le Bureau des commissions médicales provinciales transmettra au ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène, à celui des Sciences et des Arts, ainsi qu'aux autres commissions médicales provinciales dans le ressort desquelles siègent des jurys d'examens :

1° Immédiatement après la clôture des listes d'inscription, les noms des candidats inscrits ;

2° Immédiatement après la session d'examens, la liste des récipiendaires admis ou non admis.

Art. 13. — Le présent arrêté entrera en vigueur à partir du 1er octobre 1929. A la même date, l'arrêté royal du 21 juillet 1921 est abrogé. Exceptionnellement, les commissions médicales ci-dessus visées organiseront en octobre 1929, des sessions d'examen selon le régime instauré par le présent arrêté.

Art. 14. — Notre ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène et notre ministre des Sciences et des Arts sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1er juillet 1929.

Albert.

Par le Roi :

Le ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, A. Carnoy.

Le ministre des Sciences et des Arts, M. Vauthier.

NOUVEAU PROJET DE LOI POUR LA LICENCE DES ORTHODONTISTES DANS L'ÉTAT DE CALIFORNIE

Un règlement pour la pratique de l'orthodontie est en suspens devant la législature de l'Etat de Californie. Il contient, avec certains points convenables, d'autres qui le sont moins.

Il y a de bonnes méthodes d'examiner le savoir et la connaissance des hommes qui se spécialisent dans cette branche de la médecine. Il est moins convenable de permettre à quelqu'un de pratiquer l'orthodontie sans aucun diplôme médical ou dentaire, et sans posséder autre chose qu'un certificat de licence sur ce point.

L'auteur a senti depuis longtemps que peu d'assemblées dentaires sont compétentes pour établir la capacité d'un candidat à pratiquer l'orthodontie. Les jurys examinent l'habileté du candidat à pratiquer l'art dentaire, et le diplôme donne le droit de choisir une branche spéciale de la dentisterie. Sous ce rapport l'art dentaire ne diffère pas de la médecine : le diplôme médical permet de choisir la pratique oculaire, oto-rhino-laryngologique, la gynécologie, la chirurgie ou toute autre spécialité. Le jour viendra où le spécialiste d'art dentaire ou de médecine générale, sera obligé d'obtenir un diplôme spécial.

Le projet californien.

On voit d'après ces lignes que la Californie a agi dans une bonne direction. C'est maintenant une règle absolue pour celui qui recherche la licence d'orthodontie pratique, d'avoir « obtenu son diplôme dans une école, une université, un collège, légalement constitués, approuvés par l'Association des Examinateurs dentaires de Californie, et ayant réuni 3.400 heures d'études d'orthodontie, etc.

Mais il y a dans ce projet un résultat inattendu pour ceux qui ont élaboré ce travail. Il est évident que l'idée originelle était de disjoindre l'orthodontie de la profession de dentiste ; si ce n'est pas expressément mentionné dans le texte du règlement, il est cependant nécessaire pour passer l'examen d'orthodontie que le candidat ait un certain degré d'instruction dentaire. Mais la dernière clause déclare que le candidat doit être diplômé d'une Ecole « approuvée par l'Association des Examinateurs dentaires » ; il sera donc entièrement au pouvoir de ce groupe « d'approuver » les seules écoles dentaires et les élèves qui en sortent. D'un autre côté, il est au pouvoir de l'Association d'examiner les candidats qui ont rempli les autres conditions préliminaires, mais qui ont fait leur instruction orthodontique à l'Ecole d'orthodontie, école qui ne peut conférer aucun degré scolaire. Dans ce cas nous trouverions l'orthodontiste en Californie, un homme ayant une simple licence de pratiquer sans diplôme ni dentaire ni médical.

L'orthodontiste sans diplôme. Quelle situation morale aurait dans la communauté un tel « orthodontiste ? » Les médecins et dentistes diplômés lui enverraient-ils des patients ? Nous ne le pensons point. D'où pourraient-ils acquérir une pratique ? Et à moins de succéder à un orthodontiste, quel travail pourraient-ils entreprendre ? Ils ne pourraient être ni dentistes ni médecins, n'ayant que « l'autorisation de pratiquer l'orthodontie. »

La pleine connaissance de la science et de la technique orthodontique ne suffisent pas à faire un excellent orthodontiste. Celui-ci, s'il veut avoir du succès, doit témoigner d'une grande affection pour les enfants, et posséder cette force de persuasion particulière qui le fait aimer de sa clientèle enfantine. Un dentiste diplômé qui se spécialise en orthodontie peut en cas d'échec, faire de la pratique dentaire sur les adultes. Mais l'orthodontiste en Californie, d'après le règlement proposé, ne peut se permettre aucun autre champ d'activité.

Le signataire de ces lignes, possédant une longue expérience de la pratique générale dentaire et de la pratique orthodontique, en déduit que l'orthodontiste doit être d'abord un dentiste diplômé, puis un praticien général depuis de longues années, ou un interne d'un hôpital ou d'une clinique d'orthodontie. Et finalement, il doit avoir une instruction postérieure à son diplôme, et une licence spéciale de pratiquer l'orthodontie, conférée suivant le règlement californien.

(*Dental Items of Interest*, décembre 1928, p. 990).

D. C.

NOUVELLES

Collège international des dentistes. — Il a été fondé à Washington (Etats-Unis) un Collège international de dentistes, ayant pour but de créer des relations cordiales entre les dentistes de toutes les parties du monde, d'établir entre eux une coopération dans l'intérêt du progrès de la science odontologique et de l'art dentaire, en particulier avec ceux exerçant dans les parties du monde les moins peuplées, de faire l'éducation du peuple touchant l'importance de la dentisterie, comme facteur d'hygiène, enfin de réunir et de publier des renseignements précieux en matière dentaire dans toutes les parties du monde.

Le nombre des membres est limité à 300. Tous doivent être des praticiens de valeur ayant contribué ou contribuant actuellement aux progrès de la dentisterie.

Un au moins est choisi dans chaque pays ; plusieurs peuvent l'être dans les pays où la dentisterie a réalisé de grands progrès.

Ils portent le titre de *Fellow of the International College of dentistry* (F. I. C. D.).

Le Collège est administré par un Conseil de régents comprenant un président, un vice-président, un secrétaire, un trésorier et douze conseillers.

M. G. Villain est un de ces conseillers.

MM. Blatter et Roy viennent d'être nommés membres du Collège, dont M. Weber (La Havane) est président et M. Ottofy (Oakland), secrétaire.

Inauguration du nouveau collège dentaire de Tokio. — Le 2 novembre aura lieu l'inauguration du nouveau Collège dentaire de Tokio.

Cette institution privée, fondée en 1890 par le Dr Kisai Takayama, sous le nom d'*Ecole dentaire Takayama*, passa en 1900, sous la direction du Dr Morinosuke Chiwaki, qui lui donna le nom d'*Ecole dentaire de Tokio*. En 1907, avec l'autorisation du Gouvernement, elle fut élevée au rang de collège professionnel et fut appelée *Collège dentaire de Tokio*. En 1910, le Collège fut autorisé par le Ministre de l'Instruction publique à délivrer à ses diplômés une licence de pratique dentaire sans examen.

En mars 1920, l'établissement, qui avait conservé son caractère privé, reçut la personnalité civile ; il est administré par un Conseil dont le Dr Chiwaki a la présidence.

En 1923, le terrible tremblement de terre qui dévasta le Japon, détruisit complètement le collège, avec tout son matériel et ses collections. Un bâtiment provisoire l'abrita quelques années.

Mais une reconstruction sur de nouveaux plans comportant les perfectionnements de tout genre les plus récents fut commencée en janvie 1928 ; elle est achevée maintenant, et la réouverture du collège, qui est véritablement magnifique, aura lieu le mois prochain.

Ouverture du nouvel Institut dentaire de l'Université d'Utrecht. — L'inauguration de l'Institut dentaire de l'Université d'Utrecht a eu lieu le vendredi 11 octobre, après-midi.

A l'occasion du cinquantenaire de la *Société dentaire néerlandaise* et du 25e anniversaire de la fondation de l'*Union des chirurgiens-dentistes hollandais*, une réunion scientifique s'est tenue à Utrecht, les samedi 12 et dimanche 13 octobre.

Des conférences y ont été faites par des professeurs de l'Institut et quelques dentistes étrangers, spécialement invités, notamment M. le Dr Roy pour la France, qui avait, en outre, été délégué par la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris pour la représenter à ces cérémonies.

7es Journées Franco-Belges. — Les 7es Journées Franco-Belges se tiendront du 4 au 9 décembre prochain au Siège social du Groupement Odontotechnique (A. E. O. S. O. F.) 5, rue Garancière, Paris. Comme les années précédentes, ces journées, en même temps qu'elles sont une fête amicale, sont l'occasion de grandes manifestations scientifiques. Pour tous renseignements adresser la correspondance à M. Sapet, secrétaire général du Comité d'Organisation, 5, rue Garancière.

Naissances. — Mme et M. Marcel Demay, chirurgien-dentiste, à Epernay, sont heureux de nous faire part de la naissance de leurs filles Liliane et Nelly.

Nous leur adressons nos félicitations.

49e ANNÉE. N° 11 30 NOVEMBRE 1929 VOL. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

PHLÉBITE SUPERFICIELLE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE PAR MÉTASTASE D'UNE INFECTION PÉRI-APICALE DE D8.

Par G. DELATER et DUBUIS DE SABRIT

616.314.17 0081

Les auteurs de cette histoire clinique et du bref commentaire qui l'accompagne ont été, pendant ces dernières vacances, l'un patient, l'autre opérateur.

Le patient commence, le 17 juillet, à souffrir pour la première fois de la dent de sagesse inférieure droite, obturée depuis quatre ans. Le 18, il est atteint dans son état général ; sa température s'élève ; il part quand même en voiture le 19, se trouve de plus en plus gêné, présente une adénite sous-maxillaire droite qui rend pénible l'ouverture de la bouche et qui s'étend progressivement au groupe ganglionnaire gauche ; à 9 heures du soir, il a 40° 2 en arrivant à Amboise.

L'opérateur, praticien dévoué, à cette heure tardive, devant la gravité de la flambée infectieuse, extrait la dent de sagesse sous anesthésie locale ; l'inflammation profonde, qui ne se traduit par aucun gonflement de la gencive ni de la joue, s'affirme par l'érosion apicale de la racine qui est souillée de traces de pus.

Nuit agitée, délirante ; le matin, 20 juillet, la température est descendue à 37° 9. Le patient, pressé, remonte en voiture, protège sa joue contre les courants d'air, lave sa bouche à l'eau oxygénée, couche près de Nantes, après avoir pris sa température : 38° 1.

Le matin du 21 juillet, il n'a plus que 37° 4. A Pornic, il goûte, après déjeuner, la béatutide d'un repos sur le sable marin, délivré de ses frissons — et des soucis professionnels, — quand, vers cinq heures, il éprouve à la face antéro-externe 1/3 moyen de la jambe gauche une douleur contuse ; il y remarque bientôt un empâtement allongé, s'inquiète en même temps de se sentir secoué par de grands frissons de plus en plus rapprochés et brutaux. Deux heures après, il a 39° 8, souffre le long de la *saphène interne* jusqu'au pli de l'aine et constate la rougeur et l'induration de ce gros trajet veineux.

Le soir même, *quatre sangsues* sont posées à la racine de la cuisse. Des enveloppements humides du membre sont renouvelés pendant plusieurs jours avec des cataplasmes mouillés d'eau distillée, d'hamamélis ou d'eau blanche ; plusieurs *instillations d'antivirus Besredka* sont faites quotidiennement dans le clapier d'extraction, qui saigne et suinte sans suppurer.

La température baisse en lysis les 22 et 23 ; l'induration veineuse à la cuisse et la tension qu'elle causait s'effacent et disparaissent progressivement, tandis que la localisation originelle à la partie moyenne de la jambe persiste, gagne l'amont du vaisseau premièrement atteint jusque devant la malléole externe et gagne ses affluents du bord antérieur de la jambe jusqu'au cou-de-pied, ceux de la face externe jusqu'au milieu du mollet. L'inflammation y prend un aspect érysipélateux autour d'un centre qui va peut-être s'abcéder et qui est douloureux au contact ; d'ailleurs, le 24 au soir, la température, qui était au-dessous de 38, fait une ascension à 39°3. A aucun moment il n'a existé d'œdème notable du pied ni même des régions malléolaires.

Après cette alarme, tous les symptômes s'amendent rapidement : le 28, température normale ; le 29, à travers un empâtement qui se résorbe et qui n'est plus douloureux à la pression, une induration stellaire commence à dessiner les vaisseaux qui ont été atteints autour de la première localisation veineuse ; le patient fait quelques pas dans sa chambre. Le 30, il descend à la salle à manger ; il repart le 31 pour les Landes.

Suites sans incident autre que la persistance d'une sensibilité inquiétante du foyer d'extraction et l'issue, le 14 septembre, d'un assez gros séquestre, de la dimension d'un quart de couronne d'incisive, vaguement rectangulaire, épineux, tunellisé de petits canaux. Deux séquestres très petits s'éliminent encore au début d'octobre ; le 15 de ce mois, la dent voisine — d7 — qui est saine, rend encore la mastication difficile et un peu douloureuse de ce côté ; l'induration de la phlébite ancienne est linéaire sur dix centimètres à la partie moyenne de la jambe.

Cette observation offre un quadruple intérêt :

1° Les accidents locaux étaient graves puisque en deux jours l'adénite sous-maxillaire s'est bilatéralisée, — puisque la vitalité de l'os a été compromise au point que des séquestres se sont éliminés, — puisque la température du début a rapidement dépassé 40° ; — l'extraction dentaire précoce les a interrompus ou limités : confirmation du dogme soutenu récemment encore par Chompret et Dechaume [1] ;

1. CHOMPRET et DECHAUME (*Rev. Stomatol.*, août 1929).

2° Il serait audacieux de penser que l'intervention hâtive a déclanché la métastase microbienne des tissus mous péridentaires sur les veines de la jambe ; mais il est incontestable qu'elle ne l'a pas empêchée ;

3° L'hirudinothérapie précoce — traitement par les sangsues — a coïncidé avec la bénignité évolutive de la phlébite, interrompant peut-être l'ascension de la phlegmasie veineuse, atténuant les symptômes locaux et généraux de celle-ci, raccourcissant l'immobilisation au lit ;

4° Il est hors de doute que l'infection péridentaire a provoqué la localisation veineuse à distance. La précision de cette subordination, rare dans la bibliographie stomatologique, méritait d'être rapportée. Elle affirme l'obligation, — sur laquelle nous insistons depuis plusieurs années [1], — de rechercher un test d'aseptisation des tissus mous péri-apicaux dans toutes les obturations de caries dentaires, si l'on veut parvenir à exécuter un jour celles-ci, en laissant avec assurance les malades à l'abri de ces réveils microbiens parfois tardifs que l'on observe si fréquemment.

On aura peut-être remarqué l'ironie du sort qui réalisa cette corrélation entre les pathologies veineuse et péridentaire précisément sur celui qui s'est efforcé d'attacher son nom à leur étude.

---

1. G. Delater. 1° Les complications *infectieuses* des foyers septiques paradentaires (*L'Odontologie*, nov. 1924).
2° Les complications *tumorales* des foyers septiques paradentaires (*Stomatologie*, avril 1925).
3° Le laboratoire de recherches et la pratique dentaire (*L'Odontologie*, avril 1926).
4° Les processus inflammatoires et tumoraux péridentaires (Édition de la *Semaine dentaire*, 1929).
5° Notre enseignement à l'Ecole dentaire de Paris depuis 1924.

APPAREIL DEVANT SERVIR A LA PULVÉRISATION DE LA CIRE POUR LA PRISE D'EMPREINTE DES INLAYS (LE VAP-INLAY)

PAR ROGER FRAENKEL,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Semaine odontologique, avril 1929)

616.314 × 618

L'appareil qui va vous être présenté et dont je vais avoir l'honneur de vous exposer le fonctionnement a été réalisé dans l'intention de pallier aux multiples difficultés de la prise d'empreinte des inlays dans la cavité buccale.

Je pense en effet qu'il est à la connaissance de toute la profession, que le fait de prendre une empreinte d'inlay est une opération délicate, nécessitant de la part de l'opérateur une certaine habileté, doublée d'une extrême patience. Aussi a-t-on cherché par différents procédés à diminuer ces inconvénients. La méthode indirecte par exemple, — qui dans certains cas est d'un précieux secours — ne peut être considérée cependant que comme un pis aller, et ne saurait rivaliser en netteté et précision — qualités essentielles pour l'inlay — avec la méthode directe.

Sans plus m'étendre sur cette question, je signalerai cependant, parmi ces difficultés, quelques points importants :

1° Porter la cire ramollie dans la cavité de la dent ;

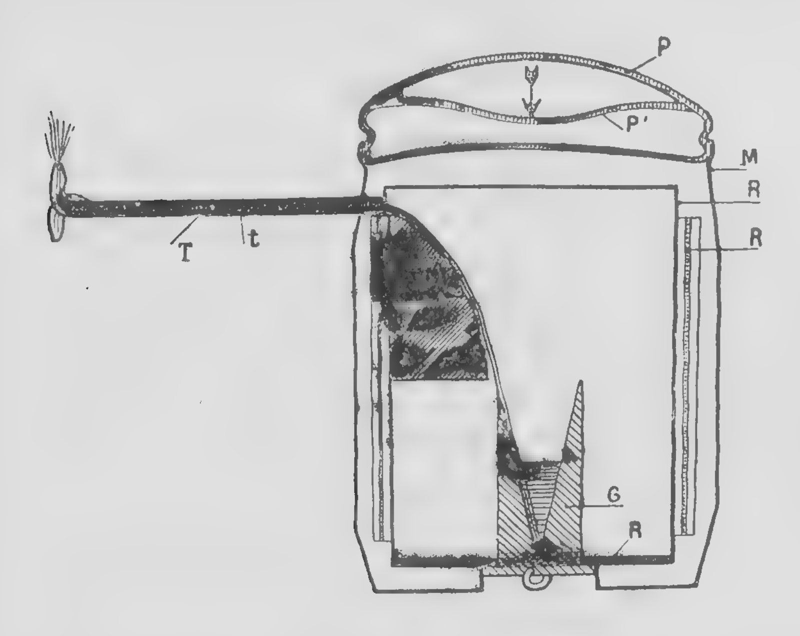
2° Avoir le bord vertical et la netteté de celui-ci, dans le cas d'un inlay composé ;

3° Enregistrer l'occlusion et l'articulation sur l'empreinte en cire, etc., etc...

Le moyen que j'utilise pour obvier à ces inconvénients est la pulvérisation. Ce procédé me semble être, en effet, plus pratique et scientifique à la fois pour aller prendre les empreintes d'inlay dans la cavité buccale. Seulement, me dira-t-on, comment concevez-vous la possibilité de faire arriver de la cire liquide sur une dent vivante sans provoquer de douleurs ? Ce à quoi je répondrai — pour ceux qui l'ignorent — qu'il existe dans l'industrie un procédé plus surprenant encore, nommé « shoop » du nom d'un ingénieur suisse et qui a pour but de pulvériser les métaux sur tous les matériaux,

métal, bois, étoffe, papier, etc... Aussi que l'on veuille bien me permettre de citer la technique de ce procédé qui, en établissant le principe de la pulvérisation, fera comprendre à la fois la possibilité d'une telle hypothèse : projeter de la cire liquide sur une dent vivante, sans provoquer de douleurs.

Le principe du procédé est le suivant. Un fil du métal à projeter se déroule d'une bobine, est entraîné à l'intérieur du pistolet de projection, par des rouleaux presseurs, réglés par un mécanisme d'horlogerie. Le fil est porté électriquement à l'état de fusion et se trouve violemment projeté par un courant d'air ou d'un autre gaz, sous une pression de 5 à 10 kilogs. Le métal fondu est pulvérisé en particules extrêmement fines et projeté à travers un ajutage



conique garni intérieurement d'une matière réfractaire. La détente brusque du gaz comprimé à la sortie du pistolet a pour effet de refroidir suffisamment les particules métalliques pour qu'elles puissent, sans crainte d'être brûlées, être reçues sur du papier ou de l'étoffe.

Le passage à grande vitesse dans l'air des particules très divisées et par conséquent offrant au refroidissement une énorme surface contribue également au même résultat.

D'autre part, à l'arrivée sur la matière à recouvrir métalliquement, l'énergie cinétique des particules, se trouvant brusquement

annulée, se convertit en énergie calorifique et le dégagement de chaleur ainsi produit suffit à souder les unes aux autres les couches successives des particules projetées.

L'appareil qui a été réalisé pour la projection de la cire est basé sur le même principe de pulvérisation. C'est donc un vaporisateur d'une forme spéciale, sur lequel a été bobiné une résistance électrique pour liquéfier la cire.

Cet appareil se compose d'un récipient R autour duquel est la résistance (r). Ce récipient est surmonté d'une monture M dans laquelle est enchâssée une poire à air P ; sur un des côtés de l'appareil sont fixés deux tubes T de deux millimètres de diamètre et de six centimètres de longueur. A l'une de leurs extrémités, chacun des tubes forme un angle droit, dont un est dirigé vers le haut pour le maxillaire supérieur et l'autre vers le bas pour le maxillaire inférieur. Dans ces tubes, passent d'autres petits tubes (t) qui sont conducteurs de la cire contenue dans le gobelet G vissé sur le fond du récipient R. Enfin, à l'aide d'un bouchon placé sur l'un de ces tubes T on a la faculté d'orienter la pulvérisation.

Le fonctionnement du Vap-Inlay — puisque c'est le nom qui lui a été donné — est le suivant : Le courant électrique étant établi, le pouce de la main droite se trouvant sous l'appareil, on fait pression avec l'index sur la poire P qui vient se mettre dans la position P'. L'air ainsi comprimé par la poire chasse devant lui la cire liquide en forçant celle-ci à passer par les tubes qui lui sont réservés. En même temps, une partie d'air va dans les tubes T pour briser le jet de la cire et établir ainsi la pulvérisation.

Le temps nécessaire à la résistance électrique pour atteindre 100°, température que demande la cire à inlay pour être liquéfiée, est d'à peu près cinq minutes. D'autre part, la température de la cire pulvérisée, c'est-à-dire arrivant sur la dent, est de 20°. Or, l'eau tiède qui est parfaitement tolérée par une dent vivante décortiquée est à 30 à 35°.

Le Vap-Inlay présente les avantages primordiaux suivants :

1° De donner une pulvérisation tellement fine que c'est sous forme de nuages de cire que celle-ci, par couches successives, remplit la cavité dentaire ;

2° D'avoir une empreinte d'une extrême finesse et d'une grande précision, grâce à la pression avec laquelle la cire est envoyée et appliquée sur les parois de la cavité ;

3° De pouvoir, au cours de l'opération, enregistrer l'occlusion et l'articulation par la faculté que l'on a de doser l'épaisseur de la cire projetée ;

4° De supprimer tout gaspillage de cire.

Je signalerai enfin en terminant qu'un dispositif spécial, dans le gobelet, permet de mettre au minimum la quantité de cire nécessaire pour une empreinte de telle façon que cette portion de cire soit insuffisante pour être liquéfiée une seconde fois pour une autre empreinte.

J'espère donc que le Vap-Inlay sera pour le praticien une aide certaine dans sa technique de prise d'empreinte des inlays dans la cavité buccale pour le plus grand bien des malades et l'avantage de la profession.

Discussion.

M. Lelièvre. — Lorsque l'appareil est au repos, donc à froid, la cire subsistant dans le petit tube ne risque-t-elle pas d'obstruer le canal ?

M. Fraenkel. — Non, car lorsque l'appareil est rebranché sur le courant électrique, cette cire refond.

M. le Président (M. Blatter). — M. Fraenkel fera une démonstration pratique à l'École dentaire de Paris vendredi matin.

Je lui adresse toutes mes félicitations pour ce procédé intéressant et nouveau.

LE DOSAGE DE LA VITAMINE ANTIRACHITIQUE OU VITAMINE D

Par J. Laurençon,
Professeur de chimie et pharmacologie à l'Ecole dentaire de Lyon,

en collaboration avec MM. Auger et Letard,
de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

Les produits activés. — On connaît les travaux anglais et américains qui ont mis en évidence l'influence de la lumière et particulièrement des rayons ultra-violets sur la fixation du calcium que jusque-là on n'avait pu réaliser et les remarquables résultats que l'on a obtenus par l'application de ces découvertes au traitement du rachitisme. On se rappelle aussi les recherches plus curieuses encore de Hume et Smith, Steenbock, Hess et Weinstock, qui ont pu démontrer que l'absorption de certains aliments ayant subi l'action mesurée des rayons ultra-violets provoquait des effets identiques à ceux de l'irradiation directe.

Cette découverte, vérifiée en France par de nombreux expérimentateurs et en particulier par Mouriquand et ses élèves, a été le point de départ de très nombreuses recherches. On s'est efforcé d'extraire des aliments irradiés qui se montraient actifs les substances qui fixaient intensément les rayons ultra-violets et, par une série de purifications, en serrant le problème de plus en plus près, on est arrivé à isoler les cholestérols ergostérinés et enfin les stérines, dont une végétale déjà extraite par Tanret de l'ergot de seigle : l'ergostérine s'est montrée extraordinairement active et est utilisée, comme les aliments activés, les cholestérols ergostérinés, dans la thérapeutique du rachitisme et des maladies du squelette

On a pu alors expliquer par des hypothèses satisfaisantes les rapports de la vitamine antirachitique antérieurement découverte avec les rayons ultra-violets (il y aurait dans les aliments qui prennent les U. V. une provitamine: un stérol, transformée en vitamine véritable, fixatrice du calcium, sous l'action des rayons U. V.). Les bons effets de certains médicaments, comme l'huile de foie de morue, préconisée depuis fort longtemps par Bretonneau et Trousseau,

sont dus pour une part à la présence de vitamine D naturelle. Elle s'accumule normalement par suite de leur alimentation dans le foie des morues. Quelle que soit la valeur de ces interprétations, on peut bien dire qu'après les premières vérifications cliniques de Wieland, de Bâle, la méthode se généralisa et que l'efficacité des produits activés est démontrée actuellement par de très nombreuses observations.

L'originalité de la méthode et sa nouveauté ont causé sa vogue et un très grand nombre de spécialités pharmaceutiques permettent son utilisation thérapeutique.

En Allemagne et en France on a surtout préconisé des produits contenant en quantités variables des substances réputées très actives : cholestérols et principalement ergostérine, alors qu'en Amérique on a employé des aliments simplement irradiés. Disons en passant que dans ce dernier pays et pour des raisons que nous allons mettre en lumière, le Conseil de pharmacie et de chimie, dont on connaît la prudence extrême, n'a pas cru devoir permettre la vente et l'utilisation, en thérapeutique médicale, du plus actif de ces produits : l'ergostérine irradiée.

LES DANGERS DES PRODUITS IRRADIÉS. — Les produits irradiés et en particulier les plus actifs, comme les solutions huileuses d'ergostérine, ne sont pas sans danger, bien que l'on ait affirmé et que l'on continue à affirmer le contraire. Deux ordres de faits — expérimentaux et cliniques — l'ont nettement établi.

Les recherches expérimentales sur les animaux effectuées en Allemagne par Pfannenstiel (juillet 1927), Kreitmar et Moll (avril 1928), Reyer et Walkhoff (juin 1928), ont abouti à des résultats identiques. Elles ont montré qu'il existe d'abord une sensibilité variable suivant les espèces : le chat et le lapin sont fort sensibles (1 millig. est toxique), les autres espèces le sont moins. Quelle que soit l'espèce considérée, si la dose est très élevée on observe des troubles caractéristiques. Ils consistent dans la disparition parfois presque totale du tissu adipeux, avec perte considérable de poids, lésions d'entérite, atrophie de la rate, calcifications généralisées (parois de l'estomac, poumons, reins, rate, surrénales, myocarde, muscles intercostaux) et ces phénomènes sont bien dus à l'ergostérine, car l'huile de dilution distribuée aux mêmes animaux se montre inoffensive. D'ailleurs, l'ergostérine non irradiée produit les mêmes troubles, mais beaucoup plus lentement. Il n'en est pas

de même des cholestérols ergostérinés où il faut des doses considérables (o gr. 10 par jour) et prolongées longtemps (cinq à six mois), pour obtenir des troubles chez le lapin, animal très sensible comme nous l'avons dit plus haut.

Les faits cliniques ne sont pas moins troublants. Ils ont été observés dans tous les pays. Citons, au hasard, les observations de W. Gœbel, de Wurtzinger, de Wollmer qui avec des doses minimes d'ergostérine ont noté des troubles digestifs chez les nourrissons, celles de Degwitz, de Bamberger et Spranger qui ont signalé des troubles digestifs et aussi des troubles urinaires (albuminurie, cylindrurie et même anurie) chez des enfants ayant reçu de l'ergostérine, les observations d'Aurhammer qui avait utilisé un lait irradié, mais jécorisé, de Hans Aron, enfin un très remarquable travail de Hess et Lewis, de New-York. Ces derniers auteurs ont suivi la courbe de la calcémie et de la phosphatémie chez des enfants ayant reçu de l'ergostérine et ils ont vu que souvent elle dépassait la normale. Ils ont noté chez certains nourrissons une précipitation anormale des sels de chaux, parfois avec éburnation des épiphyses bien visible sur les radiographies et en même temps des troubles généraux : somnolence, perte de poids, vomissements, fièvre légère. Chose à noter, ces troubles se poursuivent longtemps, un mois après cessation de l'administration du médicament. Il faut se rappeler aussi que si un sujet peut se défendre de l'action directe des rayons ultra-violets par pigmentation de la peau, il n'en est pas de même avec l'ingestion de produits activés où tout ce qui est absorbé produit son effet.

Les produits irradiés ne sont donc pas inoffensifs. Il ne faut pas cependant exagérer ces dangers et abandonner une thérapeutique qui a donné de très remarquables résultats. Les accidents ne sont dus qu'à des surdosages absolus ou relatifs, et, pour obtenir les guérisons merveilleuses si souvent relatées, il faut utiliser des produits actifs et exactement dosés ; c'est là la conclusion d'une étude récente (décembre 1928) de Wieland, de Bâle, qui le premier, on s'en souvient, employa les aliments activés dans le traitement du rachitisme de l'enfant.

Nécessité d'un dosage des produits irradiés. — Des considérations qui précèdent et sachant de plus que beaucoup de produits activés sont inactifs soit par mauvaise préparation, soit par vieillissement, il résulte donc que le médecin, pour obtenir les résul-

tats qu'il est en droit d'espérer et pour éviter tout accident dû à des surdosages, doit connaître l'activité des produits qu'il ordonne. Jusqu'à présent, on s'est borné à dire que telle préparation contenait une quantité bien déterminée d'ergostérine ou de cholestérol ergostériné, de là on a déduit des doses parce qu'on a vu qu'en général un enfant pouvait ingérer sans danger de trois à cinq milligr. par exemple d'ergostérine par jour. Bien que la marge entre les doses actives et les doses toxiques soit assez large, est-ce suffisant ? Lesne et R. Clément, c'est aussi notre avis, ont montré qu'on ne pouvait se fier à ces seules indications. La première raison et elle est péremptoire, c'est que tous les produits activables (cholestérols ergostérinés ou toutes les ergostérines) ne sont pas identiques, ils sont variables suivant la firme qui les a fournis ; leur activité varie encore avec la méthode d'irradiation : les rayons pour être actifs doivent avoir une longueur d'onde donnée, il existe aussi pour chaque substance un point optimum d'irradiation à déterminer expérimentalement et à respecter scrupuleusement. Enfin, le vieillissement à l'air et à la lumière ont aussi une influence indéniable. On a bien employé jusqu'à présent certains moyens chimiques ou physiques pour déterminer l'irradiation optima d'un produit : la réaction à la digitonine à laquelle nous avons toujours recours pour les cholestérols, est évidemment précieuse, les procédés photographiques et spectroscopiques qui sont beaucoup plus précis peuvent rendre des services, mais ils sont insuffisants parce que s'ils indiquent que tel produit a subi avec succès l'irradiation et qu'il est actif, ils ne donnent pas une mesure de son activité. Cela est si vrai que tous les expérimentateurs qui ont utilisé l'ergostérine ont trouvé des activités différentes, c'est ainsi que Rosenheim et Webster ont pu obtenir des ergostérines actives contre le rachitisme du rat au 100/1.000e de milligramme, Windaus au 1.000e de milligramme, Lesne et R. Clement en utilisant des ergostérines de différentes provenances et irradiées par eux au laboratoire, ou des solutions d'ergostérine du commerce, n'ont obtenu que des activités variant entre 4/10e de milligramme et 2 milligrammes, etc.

On ne peut donc passe fier à la seule quantité pondérable d'ergostérine ou de cholestérol contenue dans un produit pour pouvoir le prescrire en quantité suffisante et obtenir les résultats attendus. Il est donc nécessaire de recourir à d'autres méthodes et une seule actuellement paraît réunir toutes les conditions pour juger de la

valeur thérapeutique d'un produit activé : c'est la méthode biologique. Elle a été codifiée par Lesne, de Gennes et R. Clement, dans un vœu présenté le 31 juillet 1928, à l'Académie de médecine, demandant le contrôle biologique et l'étalonnage des substances renfermant des vitamines. Ces mêmes auteurs quelques mois plus tard, sont revenus sur ce point dans la *Presse Médicale* et tous les biologistes, cliniciens ou expérimentateurs qui ont écrit sur les vitamines, ont reconnu la valeur de ce dosage et ont demandé qu'il fût appliqué à toutes les spécialités en renfermant (Lesne et R. Clement, Pagniez, Aron, Wieland, etc.). Ce contrôle existe dans d'autres pays, aux Etats-Unis en particulier, même pour les huiles de foie de morue où aucune ne peut être mise en vente si elle ne satisfait pas à certaines épreuves biologiques.

Ce contrôle n'a été effectué d'une façon sérieuse en France pour aucune spécialité ; scrupuleusement fait, il rendrait cependant d'immenses services. Nous savons actuellement la quantité de vitamine D nécessaire pour guérir en quinze à vingt-cinq jours le rachitisme chez un enfant d'un an ; il faudrait, d'après les recherches de Lesne et R. Clement, dix unités rat seulement par jour et cependant on ordonne actuellement des spécialités dont les doses quotidiennes indiquées par les fabricants correspondraient, d'après eux, à 8.000 unités rat par jour chez le nourrisson, 10.000 et plus chez l'enfant sevré.

Au contrôle biologique doit être ajoutée la date limite d'efficacité d'une préparation. Quoi qu'on en ait dit c'est là une mesure nécessaire, nous avons pu nous en rendre compte, le vieillissement diminue l'activité des produits activés.

Étalonnage de la vitamine D. L'unité rat. — On sait que depuis les recherches américaines qu'avec certains régimes, pauvres en phosphore, on provoque à coup sûr le rachitisme chez le rat blanc maintenu à l'obscurité. De très nombreux régimes ont été successivement préconisés, parmi eux le régime 85 de Shermann et Pappenheimer semble donner les résultats les plus constants. Ce régime est ainsi composé :

Farine de blé....	80,9	
Albumine d'œuf	10,	Pour 100 parties.
Beurre..........	5,	
Mélange salin.....	4,1	

On a pu, c'est là la méthode ancienne, en ajoutant certaines

substances riches en vitamine D, guérir le rachitisme expérimental du rat. Lesne, de Gennes et R. Clement ont introduit une notion nouvelle qui permet le contrôle plus facile d'un produit et ils ont défini l'unité rat de la façon suivante : la dose quotidienne d'une substance contenant la vitamine D. nécessaire pour protéger contre le rachitisme le jeune rat d'un mois mis au régime 85 de Shermann et Pappenheimer et maintenu à l'obscurité. La durée de l'expérience doit être au moins de vingt et un jours.





TECHNIQUE DE L'ÉTALONNAGE. — On se sert de jeunes rats blancs d'un mois convenablement nourris jusqu'à ce moment et parfaitement vigoureux. Chacun des rats d'expérience, pesé antérieurement, est placé seul dans une cage et à l'obscurité ; il reçoit, avec de l'eau donnée à part, une certaine quantité du mélange de Pappenheimer. Nous expérimentons sur toute une portée de six à dix rats ; les résultats sur des animaux nés le même jour, de mêmes parents, sont plus précis. En général, deux animaux sont gardés comme témoins et reçoivent seulement le régime 85, on distribue aux autres en plus une quantité variable de la substance

à éprouver, quelques centigrammes à un gramme ou plus. L'expérience est poursuivie vingt et un jours au minimum, nous la faisons durer trente à quarante jours pour avoir des résultats plus sûrs. Les rats qui maigrissent sont éliminés, remplacés si possible. Il est fréquent d'en voir succomber quelques-uns au début des expériences Les jeunes rats sont très sensibles au froid et en hiver le local où sont placées les cages doit être chauffé ; ces dernières sont nues, nous ne mettons ni paille ni foin, substances dont l'ingestion pourrait fausser les résultats.

Les résultats. — Moyens d'interprétation : au bout de trente à trente-cinq jours les rats sont pesés, leur poids a augmenté, même ceux qui, rachitiques, reçoivent seulement le régime 85 de Shermann et Pappenheimer. Puis ils sont sacrifiés et radiographiés : le gonflement juxta-épiphysaire et en particulier vers les épiphyses humérales et fémorales est caractéristique du rachitisme. L'autopsie est ensuite pratiquée : chez le rachitique les os sont friables sans résistance. Enfin, il existe un chapelet costal très apparent. On procède alors à l'examen microscopique ; chez le malade on observe des zones d'ossification hypertrophiés et irrégulières, gondolées avec production abondante de tissu ostéoïde.

Conclusions. — Le dosage en unités biologiques des produits contenant des vitamines paraît donc nécessaire pour prouver leur efficacité et éviter les ennuis possibles de surdosage. La méthode Lesne, de Gennes et R. Clement donne les meilleurs résultats, c'est elle qu'il faut utiliser. Elle permet de se rendre compte facilement de la valeur d'un produit. Il est de l'intérêt du corps médical de l'exiger afin d'utiliser des médicaments dont il connaîtra exactement la teneur en vitamine D et, par suite, leur degré d'efficacité.

Bibliographie.

1. Hans Aron. Le traitement moderne du rachitisme. *Klinis. Woc.* 1928, nº 5.
2. Bamberger et Spranger. Vigantol bei tuberkulosen Kindern. *Deutsche med. Woch.* 6 juillet 1928, p. 1116.
3. R. Degkwitz. Ueber die toxische Wirkung ultraviolettbestralhter Milch und anderer Substanzen. *Munch. med. Woch.* 21 septembre 1928, p. 1631.
4. W. Goebel. Gegen Britiklose Anwendung des Vigantols. *Therap. der Gegenw.* septembre 1928, p. 432.
5. A. F. Hess et J. M. Lewis. Clinical experience with irradiated

ergosterol. *Journ. of the Amer. med. Assoc.* 15 septembre 1928, p. 783.
6. H. KREITMAR et Th. MOLL. Hypervitaminose durch grosse Dosen Vitamin D. *Munch. med. Woch.* 13 avril 1928, p. 637, 29 juin 1928, p. 111.
7. LESNE, DE GENNES et R. CLEMENT. Nécessité d'un contrôle biologique et d'un étalonnage en unités physiologiques des substances renfermant des vitamines. *Acad. de méd.* 31 juillet 1928.
8. LESNE et R. CLEMENT. Contrôle biologique et étalonnage des substances renfermant des vitamines. *Presse Médicale*, 1928, p. 1254.
9. LESNE et R. CLEMENT. Les substances irradiées. *Journal des Praticiens*, 13 octobre 1928, p. 657.
10. MOURIQUAND, A. LEULIER, M. BERNHEIM et M[lle] J. SCHOEN. Recherches sur les fixateurs du calcium. *Presse Médicale*, 1928, p. 209.
11. PAGNIEZ. L'état actuel du problème des vitamines. *Presse Médicale*, 1928, p. 1582.
12. PFANNENSTIEL. Weitere Beobachtungen uber Wirkungen bestralhten Ergosterins im Tierversuch. *Munch. med. Woch.* 22 juin 1928, p. 1113.
13. P. REYER et E. WALKHOFF. Ueber die toxische Wirkung ultraviolettbestralhter Milch und anderer Substanzen. *Munch. med. Woch.* 22 juin 1928, p. 1071.
14. O. ROSENHEIM et WEBSTER. The photochemical production of vitamin D from ergosterol. *Lancet*, 17 septembre 1927, p. 622.
15. WIELAND. L'héliothérapie artificielle indirecte (aliments irradiés), vitastérine, ergostérine irradiée, chez les rachitiques. *Revue française de Pédiatrie.* Tome IV, n° 6, décembre 1928.
16. H. WOLLMER. Beitrag zur Ergosterinenbehandlung der Rachitis. *Monatschrift. f. Kinderheilk.* janvier-février 1928, p. 70.
17. WIEDOW. Zur Ergosterinfrage. *Munch. med. Woch.* 31 août 1928, p. 1501.
18. S. WURZINGER. Erfahrungen mit Vigantol bei der Behandlung der Rachitis. *Klin. Woch.* 23 septembre 1928, p. 1859.

REVUE ANALYTIQUE

BOYER (P.), — ***Anesthésiques locaux.***

Depuis plusieurs années déjà, le but constant des chimiothérapeutes a été d'obtenir des anesthésiques locaux aussi actifs que la cocaïne, moins toxiques et surtout ne donnant pas lieu à des phénomènes de toxicomanie.

Une légion d'anesthésiques locaux nouveaux, depuis la stovaïne et la novocaïne, est née ; nous ne pourrons les citer tous ici, nous étudierons seulement l'un d'entre eux, la psicaïne, dernier né, mais déjà entré dans la pratique courante. Mais cette apparition de corps nouveaux a poussé des pharmacologistes à rechercher des textes expérimentaux pour mesurer leur activité et l'on a vérifié expérimentalement d'une façon tout à fait précise ce que la chimie avait déjà montré, à savoir que les anesthésiques locaux agissent différemment selon les régions du corps où ils sont appliqués ; certains d'entre eux sont des anesthésiques puissants de la cornée et sont beaucoup moins actifs en injections que d'autres, par contre moins actifs eux-mêmes sur la cornée.

On conçoit donc la nécessité de différents textes appropriés à la mesure de l'anesthésie recherchée sur différents territoires nerveux de l'organisme.

Ces méthodes ont été particulièrement étudiées et mises au point par Cardot et Regnier.

Au point de vue de la mesure de l'anesthésie cornéenne, Regnier a proposé dès 1923 une méthode élégante, simple et précise, basée sur le déclanchement du réflexe oculo-palpébral par excitations rythmées au moyen d'un crin fin ; des comparaisons faites à intervalles rapprochés avec des solutions de titre connu de chlorhydrate de cocaïne permettent d'estimer la valeur d'un produit par rapport à celle du chlorhydrate de cocaïne pris comme type.

Au point de vue de l'anesthésie des troncs nerveux Cardot et Regnier ont opéré pour l'étude de la conductibilité motrice sur les fibres motrices du sciatique de Rana esulenta en prenant, comme Test, le mouvement du muscle gastrocnémien et pour l'étude de la conductibilité sensitive, sur les fibres sensitives du même nerf avec, comme Test, les mouvements des doigts de la patte opposée. Ils ont suivi dans les deux cas la variation de la chronaxie nerveuse mesurée avec la méthode si précise de Lapicque et ont pu établir une fois pour toutes une loi d'action de la cocaïne qui s'exprime pour le nerf sensitif comme pour le nerf moteur, par une courbe régulière basée sur l'intensité de l'abaissement de la chronaxie en fonction de la concentration de la solution de cocaïne, mais avec cette différence pour les deux sortes de nerfs que des variations égales de chronaxie sont obtenues sur le nerf sensitif par des doses sensiblement dix fois plus faibles que sur le nerf moteur. A l'aide de cette méthode, il est facile de calculer le pouvoir anesthésique d'un produit synthétique par rapport à la cocaïne.

A l'aide de leurs méthodes, Cardot et Regnier ont pu montrer que les corps nettement actifs sur le nerf sensitif comme la novocaïne, la stovaïne,

la tutocaïne, la piscaïne le sont beaucoup moins sur la cornée, ce sont des anesthésiques de conduction ; d'autres, en revanche comme la butelline, sont des anesthésiques de surface à action nettement plus intense sur la cornée que sur le nerf sensitif.

Etude de la psicaïne : découverte par Willstaetter Wolfes et Marder, au cours de leurs travaux sur la synthèse de la cocaïne naturelle. Ce corps, pseudo-cocaïne droite, serait un anesthésique local plus actif par la voie hypodermique et mieux toléré que la cocaïne. On emploie les solutions aqueuses de son formiate ou de son tartrate à une concentration deux fois plus faible que pour la cocaïne.

Signalons enfin le S. F. 107 Sandoz ou amino-benzoate de diethylamion methyl pentanol dont la toxicité serait plus faible que celle de la cocaïne, mais environ deux fois et demie plus forte que celle de la novocaïne ; il serait en revanche plus actif que cette dernière.

Depuis les travaux de Gros et Régnier on sait que l'anesthésie locale réalisée par la cocaïne est d'autant plus intense que la solution est plus alcaline (jusqu'au moment où la base précipite). Partant de ces données Vincent a étudié l'action de la novocaïne carbonate ou carbaïne et a constaté que la solution à 3/100 de ce carbonate a une action anesthésique sur la cornée du lapin à peu près équivalente à celle d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2/100 ; le carbonate de novocaïne est donc une fois et demie moins actif que le chlorhydrate de cocaïne, mais comme celui-ci est environ treize fois plus actif sur les muqueuses que la novocaïne, la carbaïne est donc environ huit fois plus active sur les muqueuses que la novocaïne, d'autre part sa toxicité est à peine plus forte que celle de la novocaïne et sa stabilité est parfaite.

(*Journal de Méd. et de Chir. pratique*, déc. 1928).

Omnès (H.). — ***Contribution à l'étude de la pyorrhée alvéolaire. Le rôle des troubles ovariens dans la production de l'alvéolyse.***

Les faits cliniques et expérimentaux ont démontré l'action des glandes endocrines sur le développement et la morphologie de l'appareil dentaire.

Le mauvais fonctionnement des glandes endocrines, se manifestant par l'agénésie du corps thyroïde, l'insuffisance testiculaire, le myxœdème, le diabète, le rachitisme ou l'ostéomalaire, engendre des troubles dentaires manifestes.

Au moment des règles ou dans les jours qui précèdent, il apparaît chez certaines femmes au niveau des gencives un liseré congestif plus ou moins intense et cela malgré une hygiène buccale soignée, ce liseré est sous l'influence d'un trouble d'innervation vaso-motrice, il disparaît avec les règles. Chez la femme enceinte, on note parfois de la gingivite d'origine endocrino-sympathique, faisant partie d'un syndrome bucco-facial débutant par la sialorrhée et se continuant par le masque. D'autres parts, la grossesse aggrave les caries et même provoque leur renouvellement.

A la ménopause, c'est la pyorrhée que l'on voit s'installer.

Quelle est l'influence ovarienne sur l'alvéolyse ? Dans l'alvéolyse, ce qui domine c'est la résorption alvéolaire engendrée par des facteurs locaux

(traumatismes articulaires, le plus souvent ne jouant un rôle que le jour où l'alvéolyse est installée) et des facteurs généraux (arthritisme, ménopause ou grossesse, état glandulaire déficient). En ce qui concerne la ménopause artificielle, les observations du Dr Omnès semblent prouver qu'il y a une influence manifeste de la castration sanglante sur l'évolution d'une alvéolyse grave et rapide.

La suppression des fonctions ovariennes détermine des perturbations organiques de tout ordre entraînant trois ordres de troubles :

1° Un déséquilibre glandulaire ;

2° Un déséquilibre du système neuro-végétatif ;

3° Un déséquilibre humoral.

La suppression des fonctions ovariennes semble retentir tout particulièrement sur la glande surrénale et la glande thyroïde.

Sur la surrénale, elle détermine la stimulation de la médullaire et de la corticale.

Le corps thyroïde manifeste une activité plus marquée surtout au niveau des fonctions sympathiques (hyperthyroïdie et quelquefois véritables syndromes basedowiens avec troubles d'alvéolyse manifeste). L'hypophyse subit une réduction momentanée d'activité.

La fonction ovarienne exerce sur le tonus végétatif une action très complexe, on a mis en évidence l'action stimulante sur le tonus parasympathique. L'arrêt de cette fonction ovarienne produirait un état sympathicotonique avec acidose dans le sang et décalcification.

Le métabolisme basal, au cours de la ménopause, est troublé dans les trois quarts des cas; sur les deux tiers des cas il est troublé dans le sens de l'augmentation. L'équilibre physico-chimique du sang est profondément modifié lors de la ménopause, surtout en ce qui concerne la réserve alcaline, la calcémie et la phosphatémie. Il y a perte de l'équilibre acido-basique ainsi que de l'équilibre phosphato-calcique. Ces deux pertes jouent un grand rôle dans la décalcification et la résorption osseuse alvéolaire.

(*Thèse de Paris*, 1929).

NORBERD DOHAN. — ***Le traitement radiothérapique de la langue pileuse.***

Sous le nom de « langue pileuse » (langue noire, langue villeuse) on décrit une affection rare se caractérisant par l'apparition, à la moitié postérieure de la langue, d'une coloration brun noir ou verdâtre. Anatomiquement, il s'agit d'une hypertrophie des papilles filiformes, avec kératinisation de l'épithélium dont les cellules se pigmentent. La longueur de ces villosités peut atteindre 2 à 6 m/m. Les phénomènes subjectifs sont peu marqués; néanmoins le malade se plaint parfois de sécheresse de la bouche ou de mauvais goût.

Au traitement habituel, cautérisation avec différents acides ou décapants et excision des papilles aux ciseaux, D. a substitué la radiothérapie, à la dose moitié moindre que celle employée pour l'épilation. Le succès de la méthode est complet.

(*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 20 avril 1929).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 29 octobre 1929.

(Résumé).

La Société d'Odontologie de Paris a tenu, sous la présidence de *M. Wallis-Davy*, le 29 octobre, une séance extraordinaire.

Le *Prof. Boyd Gardner*, chef du service dentaire de la clinique Mayo, de Rochester, a bien voulu faire le plaisir aux membres de la Société d'Odontologie de venir présenter deux films de propagande pour la radiographie dentaire.

Après un court préambule sur l'organisation et le fonctionnement de la clinique Mayo en général, *M. Boyd Gardner* nous a fait voir par des projections l'importance accordée aux services de radiographie dentaire dans cette clinique.

Pas un malade n'est admis dans la clinique, quelle que soit l'affection dont il est atteint, sans avoir eu les deux maxillaires radiographiés. Tous les diagnostics sont posés d'après ces pellicules d'entrée et les traitements sont aussitôt institués.

Ces méthodes modernes sont venues apporter une aide précieuse au chirurgien-dentiste qui doit pratiquer assez fréquemment des extractions de dents de sagesse incluses.

C'est ce que nous démontra notre conférencier en joignant à ses projections l'exposition de son instrumentation personnelle.

Il termina la séance par un film sur la technique de la prise des radiographies en bouche du patient.

Cette séance, qui réunit un nombreux public dans l'amphithéâtre de l'Ecole dentaire de Paris, fut appréciée par les praticiens français qui étaient venus entendre leur confrère américain.



Séance du 5 novembre 1929.

(Résumé).

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 5 novembre 1929, à 9 heures du soir, sous la présidence de *M. Wallis-Davy*.

Discours inaugural du nouveau président *M. Wallis-Davy*, suivi de courtes allocutions nécrologiques sur la mort du regretté confrère *V. E. Miégeville*, par MM. Blatter, H. Villain et Dr Roy.

M. Barail, après avoir passé en revue les différents traitements de la pyorrhée alvéolaire employés jusqu'à ce jour, indique ses préférences pour le traitement chirurgical et pour l'électrendosmose.

Au moyen d'un appareil de haute fréquence à étincelle froide, il parvient à faire pénétrer une solution iodée dans les parties les plus profondes

des articulations alvéolo-dentaires touchées par la pyorrhée. Cette méthode lui aurait donné les plus complets résultats tant au point de vue du tarissement de l'écoulement purulent qu'au point de vue régénération osseuse.

M. Morin présente le résultat de quelques expériences faites par lui avec du bactériophage dans le traitement du quatrième degré à fistules. Il est parvenu plusieurs fois à tarir totalement les sécrétions purulentes en employant des mèches imbibées de bactériophage qu'il emprisonne dans les cavités dentaires et qu'il laisse séjourner plusieurs jours sous ciment temporaire. Des radiographies confirment ses observations.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 18 *juillet* 1929.

La séance est ouverte à 20 h. 45 sous la présidence de *M. Sapet*, président

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance, de la correspondance et l'admission de nouveaux membres, le *Président* donne la parole à *M. de la Tour*, pour *Discussion de la communication du Dr Aimé* ; *Etude radiologique de la dent de sagesse. Technique.*

M. de la Tour, en plein accord avec le *Dr Aimé*, passe en revue les différentes techniques radiologiques concernant cet organe.

Il saisit, au cours de sa communication, l'occasion de nous faire une démonstration à l'aide de sa table, créée pour cet usage, table dont le dispositif ingénieux nous permet d'obtenir les positions souvent difficultueuses en vue de la prise de ce genre de films. Les excellents résultats obtenus sont confirmés par un grand nombre de clichés que l'auteur fait circuler dans l'auditoire.

Prennent part à la discussion : *MM. le Dr Aimé*, *Marmasse* et *Dubois.*

Septicémie. Au cours d'un abcès (M. Seimbille).

M. Seimbille relate le cas curieux d'un patient porteur d'un abcès mono-apical, occasionné par la première prémolaire inférieure droite, ayant déterminé un soulèvement du plancher buccal, le tout accompagné de troubles généraux assez graves.

Ces troubles septicémiques survinrent subitement par suite d'une palpation un peu trop intempestive de la région incriminée, soit en vue de la délimitation de siège, soit en vue de l'obtention du choc de retour. Ce fait seul, souligne l'auteur, aurait déterminé une décharge de toxines dans l'organisme et occasionné un choc à distance suivi d'accidents septicémiques secondaires. Ces troubles graves subsistèrent quelques jours durant, même après l'avulsion de la dent causale.

M. Seimbille, avant de conclure, tient à ouvrir une parenthèse concernant les injections de liquides anesthésiques à même le foyer purulent. Il souligne les complications post-opératoires auxquelles l'on s'expose : refoulement du pus, imprégnation septique des plans sous-jacents.

Prennent part à la discussion : *MM. Dauzier, Lebrun, Schatzmann, Clavier* et *Sudaka.*

M. Max Fildermann, bibliothécaire de l'Ecole Odontotechnique, fait part de ses trouvailles en fouillant la bibliothèque de cette Ecole, consistant en éditions aussi précieuses que originales, dont la nomenclature a figuré dans la *Revue Odontologique.*

La séance est levée à 23 h. 50.

Le Secrétaire adjoint :
René SUDAKA.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 juillet 1929.

MM. Mesnard et Ferrand présentent un malade âgé de 6 ans 1/2 présentant une hypertrophie considérable du maxillaire supérieur au niveau du rebord alvéolaire, avec rétention de la plupart des dents de lait.

M. Olivier. — Le nerf dentaire inférieur dans son trajet intra-caniculaire chez l'homme.

Les recherches de l'auteur lui ont montré qu'il existe deux types de nerf dentaire inférieur. Le premier est constitué par un tronc unique qui, après avoir fourni des filets aux dents, sort par le trou mentonnier où il s'épanouit. Le second un peu plus rare où le nerf est différencié dès son entrée dans le canal en un nerf dental qui innerve les dents, et un nerf mentonnier distinct du précédent, qui n'émet aucune ramification intra-osseuse. Dans ce cas, le canal dentaire est beaucoup moins net.

MM. Chompret, Crocquefer, Dechaume, Chaput. — Utilisation du bistouri diathermique en stomatologie. — Les auteurs préconisent son emploi de préférence au bistouri et au thermocautère, en particulier pour le débridement des capuchons des dents de sagesse.

Dr VILENSKI.



Séance du 19 novembre 1929, sous la présidence du Dr Bozo.

Présentation de malade. — MM. Chompret, Izard, Dechaume. — Conservation de la dent dans la cure des kystes corono-dentaires.

COMMUNICATIONS :

Dr Béliard. — Considérations sur les difficultés du diagnostic clinique de l'épithélioma de la langue à son stade initial. L'auteur rapporte une observation où le diagnostic ne fût établi qu'après quelques mois, tant les signes étaient discrets.

Dr Béliard. — Mise au point théorique et pratique concernant la fonction stabilisatrice de la prothèse fixe équilibrée dans le traitement pathogénique de l'ostéolyse alvéolaire.

S'appuyant sur ses travaux antérieurs, l'auteur montre l'intérêt capital qu'il y a à solidariser par une contention bien comprise les dents pyorrhéiques.

Drs Bercher et Houpert. — Deux observations de paralysie faciale d'origine dentaire : essai pathogénique. Les auteurs rattachent l'un des cas à une névrite ou paranévrite infectieuse à point de départ buccal ; l'autre à un réflexe sympathico-facial.

Dr L. Ridard. — Deux observations d'ostéosynthèse du maxillaire inférieur. — L'auteur rapporte deux cas où l'ostéosynthèse loin de favoriser la consolidation, l'avait rendue impossible.

Dr VILENSKI.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

41e Congrès dentaire.

Cette manifestation professionnelle, que l'on attend avec une légitime impatience, aura lieu du 6 au 13 avril prochain, c'est-à-dire la veille des vacances de Pâques, ce qui est très commode pour nous tous. Elle aura lieu, comme les années précédentes, au Grand Palais.

Cette « Semaine » promet d'être plus grandiose encore que ses devancières si l'on en juge par les concours de toutes sortes qui nous sont assurés, par les nouveautés que des fabricants préparent en silence et dans le plus grand secret, enfin par les pressantes démarches qui sont faites en vue d'obtenir de nouvelles salles afin de donner à la magnifique Exposition une plus grande ampleur encore, celle qu'elle mérite.

Sans nuire à cette Exposition ni aux séances scientifiques, de belles fêtes sont à l'étude. Elles divertiront les congressistes et leur famille, que nous espérons voir en grand nombre.

La réduction de 50 % sur tous les réseaux des chemins de fer français nous est accordée comme précédemment.

D'autres avantages non moins appréciables vont suivre et seront portés à la connaissance des praticiens.

Nous accepterons avec gratitude les communications ou le fruit des observations de ceux qui voudront bien les faire durant la Semaine. Pour cela, ils n'auront qu'à écrire à M. F. Haloua, 4, rue Stockholm, Paris 8e, chargé de la partie scientifique.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à M. Renault, secrétaire, 39, avenue de Laumière, Paris 9e.

Confrères ! prenez dès à présent vos dispositions pour assister à ce Congrès. C'est un salutaire délassement pour vous et c'est votre intérêt.

Par le nombre d'adhérents, de visiteurs, vous affirmez votre force, notre solidarité.

Le Comité.

CONGRÈS D'ALGER 1930

Association française pour l'avancement des sciences

Section d'odontologie

Le Congrès annuel de l'A. F. A. S. aura lieu à Alger du 14 *au* 19 *avril* 1930, lors de la célébration du Centenaire de la Conquête de l'Algérie.

La Section d'odontologie (XIVe) sera présidée par M. Joachim, président de l'Association générale des dentistes de Belgique, élu à la session du Havre (juillet 1929).

En raison de l'affluence des visiteurs, attirés par les fêtes du Centenaire, le Congrès et les excursions qui seront organisées, il est nécessaire pour s'assurer un logement et pour permettre l'organisation de ces excursions de faire connaître le plus tôt possible son intention de se rendre à Alger.

Les adhésions de principe sont reçues dès à présent et jusqu'au 1er janvier au Secrétariat du Comité exécutif de la Section, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

1929. 7es JOURNÉES DENTAIRES FRANCO-BELGES

Comme chaque année, les *Journées dentaires franco-belges*, organisées par le Groupement de l'Ecole odontotechnique et le Comité d'organisation belge, se tiendront à Paris, 5, rue Garancière (VIe), du 4 au 8 décembre.

A cette manifestation scientifique, dont l'importance va croissant d'année en année, prendront part les sociétés scientifiques de Paris, de Belgique et de la province.

La collaboration étrangère sera considérable. Un grand nombre de confrères étrangers : Suisses, Hollandais, Allemands, Espagnols, Italiens, Luxembourgeois, Autrichiens, sont déjà inscrits comme participants certains.

En attendant la liste définitive des communications, nous pouvons déjà donner les noms de :

MM. le professeur ACHARD, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine ; Dr DEPLAS, chirurgien des Hôpitaux ; Dr SCHRUDLER, agrégé de l'Université de Berne ; Dr COEBERGH, Directeur de l'Ecole dentaire d'Utrecht ; Dr LEYSBOURIS, professeur agrégé à l'Ecole d'Alfort ; Dr P. M. WEIL, Médecin des Hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris ; Drs BERCHER et GRANDCLAUDE, de Paris ; SAPET, Professeur à l'Ecole odontotechnique ; Dr LIÉBHY (Suisse) ; Dr José VALDERRAMA (Madrid) ; Dr LOOS, Directeur de l'Ecole dentaire de Francfort-sur-le-Main ; Dr BALTERS (Bonn) ; Drs Gérard MAUREL et GERLACH, de Paris ; Dr Albert LEVY, chef de travaux à la clinique de Strasbourg.

Un ordre du jour détaillé donnera le programme de ces journées.

Figureront au programme : Une visite à l'*Ecole vétérinaire d'Alfort*. une visite à l'Institut du cancer, des soirées théâtrales, etc., etc., ainsi que le banquet amical, qui, chaque année, clôture ces réunions.



Institut dentaire de l'Université royale d'Utrecht
Façade de l'école avec les invités à la séance d'inauguration.

Un comité des Dames est également constitué pour recevoir les femmes des confrères qui viendront, nous l'espérons, en très grand nombre.

Le Comité franco-belge fait un chaleureux appel aux Confrères français, en leur demandant de venir nombreux à ces différentes manifestations.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser à M. SAPET, secrétaire, 5, avenue d'Orléans, Paris (XIVe).

Par décision du ministre de la Guerre, la participation des dentistes militaires à ces journées leur sera comptée pour sa durée effective comme période d'exercice et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixées par l'art. 49 des lois du 1er avril 1923 et 31 mars 1928.

LE NOUVEL INSTITUT DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ D'UTRECHT
LE JUBILÉ DES SOCIÉTÉS DENTAIRES HOLLANDAISES

L'inauguration de l'Institut dentaire de l'Université d'Utrecht a eu lieu le vendredi 11 octobre, sous la présidence du Dr Coebergh, directeur.

Cet Institut occupe un vaste terrain dans le Jutphaassche weg où tous les services sont de plain-pied ; seul, le petit bâtiment de façade, qui existait antérieurement à la nouvelle construction et qui a été conservé et approprié pour l'administration, comporte un étage.

Le plan de construction en est nouveau et conçu pour recevoir 350 étudiants. La durée des études en Hollande est de 5 ans.

Nous critiquerions peut-être un peu la multiplicité des salles, où il n'est pas toujours facile de s'orienter malgré un plan conducteur ; mais l'ensemble en est parfait, de construction sobre et pratique.

Le bâtiment tout entier est parcouru en son milieu par un vaste couloir rectiligne sur lequel s'ouvrent à droite et à gauche, les divers services : salles de dentisterie, de prothèse, de fantôme, laboratoires, etc. L'amphithéâtre de cours, dont nous reproduisons la photographie, est pourvu de tous les perfectionnements en vue des projections.

Le couloir central était garni de nombreuses corbeilles de fleurs, envoyées par des sociétés et des praticiens.

Dans la cour, un immense garage à bicyclettes étonne les yeux des étrangers et leur rappelle qu'en Hollande — et cela s'explique par la nature du pays — ce moyen de locomotion jouit d'une faveur exceptionnelle, puisque l'on y compte une bicyclette pour trois habitants.

L'affluence était considérable ; nombreux étaient les praticiens hollandais, les invités étrangers, les autorités de la ville, les représentants

des Sociétés dentaires néerlandaises. A la place d'honneur était assis le fondateur de l'enseignement dentaire en Hollande, le Dr Dentz, actuellement âgé de 90 ans.

M. Coebergh ouvre la séance en souhaitant aux invités étrangers la bienvenue dans leur langue.

Le baron de Lynden, directeur des bâtiments de l'Etat, représentant le Ministre des Finances, se félicite de la cession par l'Etat de l'édifice dans lequel le nouvel Institut dentaire est placé.

Le Directeur de l'enseignement supérieur est heureux de la construction nouvelle qui permettra de recevoir tous les étudiants qui se présentent et en fait remise aux curateurs de l'Université.

Ceux-ci acceptent l'édifice avec reconnaissance.

Le Dr Fockema Andreæ, bourgmestre d'Utrecht, rappelle l'ouverture en 1865, par le Dr Dentz, de la première clinique dentaire qui comprenait deux salles à l'Hôpital. En 1877, cette clinique fut transférée dans une maison au *Neude*. En 1910, l'Université fit une plus large place à l'enseignement dentaire en l'installant dans un bel immeuble (*Payenborgh*).

M. Coebergh fait l'historique de l'Institut et ajoute que dans le nouveau bâtiment il a été tenu compte de tous les progrès de l'hygiène et de la science dentaires. Le service de chirurgie dentaire a été réorganisé. Il signale, en passant, que la maxime autrichienne et hongroise : « Pas de dentistes, mais seulement des docteurs en médecine » a donné partout où elle a été appliquée des *résultats tristes et dangereux*. C'est pourquoi M. Coebergh termine en se félicitant d'être dentiste et directeur de l'Institut.

Le Président du Sénat de l'Université et le président de la Faculté de médecine le félicitent, à leur tour, au nom de l'Université et de la Faculté de médecine.

La Société dentaire offre un ameublement pour la grande salle de réception de l'Institut.

Le Prof. Dieck (Berlin) félicite le Directeur de l'Institut, au nom de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands.

Le Dr Maurice Roy, délégué de la Société de l'École et du Dispensaire de Paris, apporte les vœux de prospérité des confrères français.

Le Prof. Gysi, de l'Institut dentaire de l'Université de Zurich, puis le Prof. Ivar Krohn, au nom des écoles dentaires norvégiennes, souhaitent prospérité au nouvel Institut.

***

Le samedi 12 et le dimanche 13 octobre, la Société dentaire néerlandaise et l'Union de chirurgiens-dentistes néerlandais fêtaient dans le nouvel Institut dentaire, inauguré la veille, la première, son cinquantenaire, la deuxième, ses vingt-cinq années d'existence.



Séance d'inauguration du nouvel Institut dentaire de l'Université royale d'Utrecht
Au premier rang et marqué d'une croix, le Dr Dentz, fondateur de l'enseignement dentaire en Hollande.

La séance d'ouverture eut lieu à 9 heures 45 du matin.

Prirent successivement la parole : MM. J. Sanders, président de la première société ; Nord, président, et Klinkhamer, membre d'honneur de la seconde.

Des communications furent présentées le matin par MM. Coebergh sur *Le traitement de la carie profonde.*

Dr Schwarz (Weenen), sur *Le changement de dentition au point de vue de l'orthodontie.*

L'après-midi par le Dr M. Roy : *Exposé succinct de mes conceptions sur la pyorrhée alvéolaire.*

Le Dr Van Loon (Université d'Utrecht) sur *L'orthodontie.*

M. Fish (Londres), sur *La pathologie de la dentine.*

Le Dr Rumpel (Berlin), sur *Les prothèses avec points d'appui.*

La seconde séance commença le dimanche 13, à 9 heures 30 du matin.

Le Dr H. de Groot (Université d'Utrecht), présenta un travail sur *L'étiologie et la thérapeutique des kystes folliculaires.*

Le Prof. Rebel (Göttingen), sur *La prophylaxie locale de la carie secondaire d'après des expériences sur les animaux et des recherches de laboratoire avec mention spéciale de la méthode Tassmann.*

L'après-midi, M. Boyd Gardner (Rochester), que nous avons eu depuis occasion d'entendre à la séance extraordinaire de la Société d'Odontologie de Paris du 29 octobre, lut un mémoire sur *Le traitement des dents infectées dans la pratique du groupe médecine.*

***

Deux banquets eurent lieu à l'occasion de ces solennités : le vendredi soir, celui de l'Institut dentaire, à l'Hôtel des Pays-Bas ; le samedi soir, celui des Sociétés dentaires, au restaurant de la Foire, l'un et l'autre suivis de concert et de bal. De nombreux toasts y furent portés en l'honneur de l'Institut et des deux Sociétés dentaires et néerlandaises.

L'hospitalité hollandaise, que nous connaissions déjà par les magnifiques réceptions, banquets et excursions offerts à la F. D. I. lors de sa session d'Utrecht, et sur lesquels nous aurons occasion de revenir en publiant le compte rendu de cette session, s'est montrée tout aussi large et tout aussi généreuse.

Nous remercions bien vivement tous les confrères hollandais de leur si cordiale réception ; ils peuvent être assurés que nous en garderons un profond souvenir.

MAURICE ROY.

BIBLIOGRAPHIE

La thèse de Mlle le Dr Th. Oppenot sur le p H. salivaire [1].

Par l'importance des recherches effectuées, par la valeur des interprétations apportées à leur suite, la thèse de Mlle Th. Oppenot vaut d'être retenue.

Elle offre quelques constatations positives précieuses parmi lesquelles nous retiendrons que :

1° La salive est *alcalinisée* (p H > 7) dans la *lithiase* salivaire et la surcharge de « tartre » sur les collets dentaires, la réaction alcaline de la salive favorisant la précipitation des sels dans les canaux excréteurs des *glandes salivaires* ou sur les collets ;

2° Elle est *acidifiée* (p H < 7) dans les *maladies infectieuses*, pour autant qu'elles se traduisent par de fortes réactions thermiques, — dans les *suppurations buccales*, où la modification s'explique par la lyse leucocytaire.

Les suppurations buccales entraînant une acidification de la salive, on peut s'étonner que l'auteur n'ait pas observé la même modification, mais plutôt une alcalinisation, dans les gingivites et gingivo-stomatites, lésions inflammatoires qui présentent par conséquent plus ou moins de destruction leucocytaire.

Peut-être l'explication en est-elle dans le fait que les affections rapportées étaient presque toutes d'origine médicamenteuse. Pour celles qui ne l'étaient pas, surtout si elles consistaient en lésions gingivales ou buccales limitées, peut-être des prélèvements, effectués au niveau même de ces lésions, auraient-ils donné des résultats opposés : par suite de l'activité digestive des microbes présents et par suite de la lyse leucocytaire, les sérosités mêmes de ces lésions devraient être acides ; et si, dans la cavité générale de la bouche la salive est alcaline, c'est par suite d'un effort des glandes salivaires et surtout des glandes muqueuses pour neutraliser ces acidités locales.

Ainsi avons-nous expliqué, sans toutefois avoir contrôlé notre interprétation par de tels dosages, l'alcalinité salivaire révélée par les examens qu'a bien voulu pratiquer pour nous le Dr Vincent en 1926, au cours de

1. Paris 1929. *Les Presses universitaires de France.*

notre enquête sur la pyorrhée. La majorité des analyses (25 sur 42)[1] a révélé, il est vrai, une légère acidification (p H < 7; chiffre le plus bas : 6, 1), mais certaines salives ont montré une alcalinité particulièrement élevée (3 fois p H > 8) ; nous pensons que ces alcalinités étaient, dans la cavité buccale, réactionnelles à des acidités locales dans les culs-de-sac pyorrhéiques.

A côté de ces résultats positifs, Mlle Oppenot, par contre, n'a pu trouver aucune relation constante entre les variations du p H et la *carie dentaire*, la salive buccale étant, nous dit-elle, aussi souvent alcaline qu'acide. Les résultats seraient sans doute différents si les prélèvements destinés à l'analyse étaient exécutés dans les caries mêmes.

Une série de recherches originales, entreprises sous l'instigation du Prof. Ch. Richet, a conduit l'auteur à conclure que l'*action réductrice de la ptyaline salivaire sur l'amidon* n'est possible que si la salive conserve une réaction normale avec p H très voisin de 7. Son alcalinisation, comme son acidification empêchent la ptyaline de transformer l'amidon en sucre ; or, l'amidon est éminemment fermentescible ; s'il en reste dans la bouche à cause d'une altération du p H, il favorise la culture des microbes qui le transforment en acide susceptible d'agir sur la dent pour la carier.

Par ce mécanisme pourraient donc s'expliquer certaines caries : action du milieu buccal acide sur la dent, action exogène en quelque sorte, opposée à celle qu'invoque une autre théorie faisant appel à une déficience calcaire primitive de la dent elle-même.

L'avenir apportera même, peut-être, une précision plus grande : elle confirmera nos recherches et leur interprétation, que nous avons déjà rapportées dans un ouvrage paru récemment[2]. S'il devient possible en effet de doser le p H salivaire dans les foyers de rétention que représentent les culs-de-sac gingivaux, — où siège presque constamment chez l'adulte un processus de « gingivite latente », — et que représentent même les sillons intermaxillaires des grosses dents mal tenues, peut-être le trouvera-t-on acide, ainsi que dans les suppurations buccales, en dépit même parfois de l'existence, dans la cavité générale de la bouche, d'une salive normale ou même alcaline.

Comme en un cercle vicieux, l'état d'acidité légère de la salive locale, lié à l'inflammation latente, favorise la persistance dans les foyers

---

1. *Rev. Stomatologie*, juin 1926.

2. Les processus inflammatoires et tumoraux des tissus mous péridentaires. Éditions de la *Semaine dentaire*, 1929, p. 20 et 39.

d'amidon alimentaire ; celui-ci, en retour, s'offre à la fermentation par les microbes, qui provoquent ainsi une acidification plus marquée.

L'élection de la carie dentaire au collet ou dans les sillons des couronnes molaires en est l'aboutissant.

Dr G. Delater.

L'art et l'odontologie

La Société odontologique espagnole a organisé pour les élèves du premier cours de prothèse une série de conférences faites par MM. Xaudaro, Frances, Chicharro, Ontanon et Landete, sur l'art et l'odontologie. Ces conférences, au nombre de cinq, viennent d'être réunies et publiées en un volume de 86 pages, par la *Odontologia clinica*, illustré de nombreuses figures et de reproductions de tableaux de maîtres.

Ces conférences portent sur l'odontologie au point de vue du patient ; a science, l'art et la beauté ; la bouche dans la peinture ; la prothèse dentaire comme élément constructif dans les arts plastiques ; l'art et l'odontologie.

C'est en quelque sorte un traité d'esthétique dentaire.

49e ANNÉE, N° 11 30 NOVEMBRE 1929. VOL. LXVII

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

RÉPONSE A LA LETTRE OUVERTE A M. LE Dr ROY

Le numéro de mars 1929 *du* Médecin stomatologiste *contenait une* LETTRE OUVERTE A M. LE Dr ROY, *dans laquelle ce dernier était pris à partie.*

Il y a fait la réponse suivante publiée dans le fascicule de juillet de ce périodique, dont nos lecteurs prendront certainement connaissance avec intérêt.

Paris, le 8 mai 1929.

A Monsieur le Directeur du *Médecin Stomatologiste.*

« Monsieur,

« C'est par un ami, qui vient de me communiquer le numéro de mars 1929 du *Médecin Stomatologiste*, Bulletin officiel du Syndicat des Médecins français, que j'apprends l'existence d'une « *lettre ouverte à M. le Dr Roy* » publiée dans cet organe et que j'ai la surprise de voir présenter sous la forme avantageuse d'une lettre anonyme.

« Je professe à l'égard de ce genre épistolaire une doctrine qui consiste à mettre ces factums là où est leur place naturelle et à ne plus m'en occuper. Cependant, dans ce cas particulier, un journal ayant donné l'hospitalité de ses colonnes à cette production insolite, sa rédaction en endosse la responsabilité pleine et entière. Elle a bien tenté de s'en dégager en publiant une petite note liminaire délicieuse essayant de faire attribuer la paternité de cet article à M. Nespoulous ; mais, justement celui-ci, par une lettre personnelle qu'il m'adressait au moment où l'on me communiquait cette épître anonyme, tient à dégager sa personnalité et à m'assurer que, contrairement à ce que laisserait supposer la note susdite, il est complètement étranger à la rédaction de cet écrit qu'il n'a connu que lors de sa parution.

« Il est assez piquant de se voir accuser d'hypocrisie dès le début d'un article qui se présente dans de telles conditions.

« Si cette lettre se bornait à me vilipender et à me reprocher les pires turpitudes, je me serais contenté du geste précité et ne m'en serais plus soucié, mais j'y suis directement pris à partie comme auteur respon-

sable d'un rapport collectif fait au nom d'une Commission du Comité inter-fédérations et je dois, dans ces conditions, exiger au moins du journal qui a enregistré ces attaques contre les idées que je défends l'insertion de quelques mots de réfutation.

***

« Je ne m'abaisserai pas à relever la moindre des insinuations dégradantes pour celui qui ose me les écrire, que votre rédacteur anonyme, digne élève de dom Bazile, a la triste audace de glisser dans une tirade sur la dignité médicale : toute ma carrière et la continuité indéfectible des idées que je n'ai cessé de défendre en 46 ans de vie professionnelle sont là pour montrer la bassesse de celui qui se permet de pareilles insinuations. J'en viens donc directement à l'objet principal des arguments développés dans la lettre en question.

« L'auteur me reproche de m'être appuyé sur la statistique des différents pays pour montrer que la France, avec un dentiste pour 8.000 habitants, occupe un rang peu honorable parmi les nations civilisées au point de vue de l'hygiène dentaire, alors que beaucoup d'autres pays comptent un nombre de dentistes beaucoup plus considérable.

« Cependant ces chiffres, puisés aux sources officielles, sont incontestables et votre rédacteur lui-même veut bien ne pas les contester. Mais, après m'avoir dit qu'il a été en Amérique en 1912, il ajoute avoir constaté qu'il y avait alors, dans cette contrée, des dentistes qui étaient millionnaires et d'autres qui ne l'étaient pas. Je ne pensais pas que ce fût là une situation particulière aux dentistes, même en Amérique, et je ne discuterai pas le fait ; mais je livrerai aux méditations de votre anonyme rédacteur cette constatation : en 1912, époque où, nous dit-il, il était en Amérique, témoin de cette situation qu'il nous dépeint si émouvante, on comptait aux États-Unis environ 30.000 dentistes. Or, aujourd'hui, leur nombre s'est accru de plus de 26.000 et il est actuellement d'au moins de 56.000 ; je lui demanderai alors s'il pense que ces 26.000 dentistes supplémentaires n'ont embrassé cette profession — déjà si encombrée, d'après lui — que pour augmenter les « sans travail » si nombreux, comme on sait, aux États-Unis, ou pour peupler les dépôts de mendicité.

« Si l'on écarte ces deux causes, que mon correspondant lui-même voudra bien, je pense, trouver peu vraisemblables, on est obligé de reconnaître que cette augmentation du nombre des dentistes aux États-Unis est la conséquence naturelle des progrès de l'hygiène dans ce pays où il peut se trouver, ainsi que l'a constaté l'auteur de cette épître, des charlatans et des édentés, mais où, incontestablement, une proportion d'habitants beaucoup plus considérable qu'en France se fait soigner les dents. A cette augmentation du nombre des dentistes a donc correspondu

une augmentation parallèle des individus recevant des soins dentaires. Ce fait étant, je ne crois pas qu'il soit possible à qui que ce soit, et encore moins à un dentiste, fût-il stomatologiste, de dire que c'est là une chose fâcheuse pour l'hygiène générale.

« Ce qu'il faut constater, c'est que, jusqu'à un pourcentage qui n'est encore atteint par aucune nation et qui est très loin de l'être en France, la clientèle des dentistes s'accroît au fur et à mesure que leur nombre augmente et que, s'il se crée des dentistes, c'est que ceux-ci répondent à un besoin de santé et d'hygiène, autrement leur recrutement se tarirait de lui-même par inutilité ou insuffisance d'emploi. C'est là une loi naturelle à laquelle nulle profession n'échappe et dont il n'est pas besoin de rechercher dans une profession étrangère à la nôtre un exemple probant.

« Il y a un certain nombre d'années, la pharmacie traversa une crise : les gains de l'exercice régulier de cette profession s'abaissèrent pour beaucoup à un taux insuffisant ; quelle en fut la conséquence ? Le nombre des étudiants dans les Écoles de Pharmacie diminua dans des proportions considérables, sans qu'un acte législatif intervint pour régler ce jeu régulier des lois économiques ; la législation aurait eu à jouer, au contraire, pour favoriser la progression du nombre des pharmaciens si, par suite des circonstances, le nombre de ceux-ci s'était trouvé insuffisant pour les besoins de la population dont le porte-parole de MM. les Stomatologistes me paraît faire vraiment trop bon marché.

« Ces lois inéluctables de la production répondant aux besoins, n'en voyons-nous pas l'exemple le plus frappant dans le fait, qui n'a pas été et ne peut être contesté, que, dans les rares pays où la doctrine stomatologique a triomphé près des législateurs, il s'en est suivi un arrêt brusque du recrutement professionnel ; mais, comme les besoins de la population en soins dentaires n'étaient pas satisfaits (je veux espérer que ce n'était pas en qualité, mais sûrement en quantité), des dentistes illégaux se sont installés en nombre tel qu'au bout de quelques années seulement, la loi a dû consacrer, par un texte officiel, la situation de ces praticiens illégaux auxquels, comme en Autriche, il suffisait de justifier de trois ans d'apprentissage pour obtenir le droit d'exercer l'art dentaire [1].

O vous ! dentistes naïfs, qui vous tournez vers la stomatologie pour y trouver un moyen de restreindre le recrutement professionnel pour des motifs d'intérêts particuliers qui vous semblent légitimes, mais qui ne sont peut-être pas de l'ordre le plus élevé au point de vue de l'intérêt général, méditez cet exemple et demandez-vous, puisque les lois économiques sont inéluctables, s'il ne vaut pas mieux, même pour vos intérêts

1. Un état de chose semblable s'est trouvé créé en Belgique par des causes analogues et, en ce moment même et pour la seconde fois, tous les illégaux y sont régularisés par un examen de *pure forme* à condition d'avoir 28 ans et cinq ans de *présence* chez un dentiste.

particuliers, que le recrutement professionnel se poursuive par la formation régulière de praticiens instruits plutôt que par le développement des innombrables praticiens illégaux dont la création serait la conséquence fatale de l'introduction de la doctrine stomatologique dans notre législation.

***

« Votre rédacteur anonyme ne craint pas de m'accuser (ah ! qu'en termes galants ces choses-là sont dites !) d'être inspiré, dans mon désir de voir augmenter le nombre des dentistes, non par le souci de la santé publique, pour laquelle il paraît montrer du reste un certain mépris, mais par mes *intérêts* de professeur d'une école dentaire ! Je laisse à tous ceux qui me connaissent le soin d'apprécier et de juger cette perle. Il ajoute également :

« On rapporte d'un dirigeant, j'aime à croire que ça n'est pas vous, ce mot emprunté au héros de la Révolution : « Périsse la profession plutôt que les Écoles dentaires. » Me permettez-vous (*c'est toujours l'anonyme auteur qui parle*) de le retourner et de vous dire : « Périssent les Écoles dentaires plutôt que la profession. »

« J'ai beaucoup connu quelques dirigeants des Écoles dentaires et en particulier ceux de l'École dentaire de Paris ; non seulement je n'ai jamais entendu prononcer par aucun d'eux la phrase que votre porte-parole lui prête, mais encore il est invraisemblable qu'elle ait pu être prononcée, car il saute aux yeux que c'est un non-sens absolu, à moins que ce ne soit une plaisanterie à la manière de la parodie classique à propos d'Ugolin, qui dévorait ses enfants pour leur conserver un père.

« Par contre, il est indispensable, puisqu'il l'écrit et le proclame très haut, que l'anonyme auteur de la lettre qui m'est adressée a bien dit : « Périssent les Écoles dentaires plutôt que la profession. » Cette phrase, je le lui concède, n'est pas un non-sens, car elle dépeint exactement la situation *enviable* dans laquelle se trouvait la France jusqu'en 1880, c'est-à-dire avant la création de l'École dentaire de Paris ; mais si ce n'est pas un non-sens, c'est bien aussi l'expression la plus cynique que l'on puisse trouver d'un égoïsme féroce aussi aveugle que mesquin. Cette expression résume bien, du reste, toute l'argumentation de cette lettre, argumentation uniquement basée sur des questions de lucre et où, pas une fois, ne se manifeste le souci de la santé publique dont on ne peut se préoccuper, suivant l'auteur (jugeant sans doute tout le monde à son aune) sans être mu par ses intérêts personnels les plus bas.

***

« L'auteur critique la valeur de certains candidats reçus aux examens de la Faculté, malgré des études et des examens insuffisants. Je ne

savais pas que cela fût l'apanage des étudiants en dentisterie, et il ne serait pas difficile de citer aussi des médecins se trouvant dans des situations analogues sans que l'on ait le droit, pour cela, de généraliser et de considérer cette situation comme celle de l'ensemble du corps médical, dans lequel l'auteur veut bien reconnaître cependant aussi qu'il se rencontre parfois quelques éléments peu reluisants à divers égards. Est-ce que cela changerait parce qu'il n'y aurait plus de dentistes ?

« Je tiens, du reste, à faire remarquer que tous les stomatologistes des hôpitaux sont membres des jurys d'examen de chirurgiens-dentistes et qu'ils seraient aussi responsables de cet état de choses, s'il était réel, et je pourrais, à ce sujet, rapporter certains propos publics de Cruet qui en disent long sur la mentalité de quelques examinateurs.

« Mais ce qui est particulièrement piquant à constater, c'est qu'après avoir largement déblatéré contre l'enseignement des écoles dentaires mon anonyme correspondant me dit ceci, dont je m'en voudrais de changer un mot : « Il est humiliant de constater, pour l'enseignement « donné dans les hôpitaux, qu'au point de vue des relations des affections « des dents d'avec celles du corps, Esculape avait des conceptions plus « complètes que celles de la plupart de nos professeurs. *Aucun enseigne- « ment n'est donné sur la stomatologie aux étudiants*, malgré l'institution « officieuse des chargés de cours. »

« Ainsi, de l'aveu même d'un stomatologiste, c'est cet enseignement que l'on voudrait imposer aux futurs dentistes ! Grand merci ! nous avons beaucoup mieux que cela dans nos *méprisables* écoles dentaires.

« Mais, ô puissance de la vérité ! il y a mieux, et mon correspondant est vraiment admirable dans ses aveux, car il veut bien, en effet, me faire cette autre confidence : « Tandis que toutes les autres spécialités sont « brillamment représentées dans tous les hôpitaux par des maîtres de « grande valeur qui développent le goût que l'élève éprouve pour elles, « *on se borne, dans le plus grand nombre des services de stomatologie, à « faire des extractions* : *c'est là, vous en conviendrez* (j'en conviens), un « spectacle bien pauvre pour séduire et faire des adeptes. »

« Mon correspondant n'a jamais mis les pieds, sans doute, et je le regrette pour lui, dans le service de stomatologie que j'ai dû abandonner, il y a quelques mois, atteint par la limite d'âge ; sans cela, il y aurait vu pratiquer bien autre chose que des extractions ; il pourrait se renseigner à cet égard auprès des nombreux élèves que j'ai eus sous ma direction pendant trente-trois ans de service hospitalier, et qui m'ont témoigné leur reconnaissance de façon si touchante à l'occasion de ma mise à la retraite.

« Mais s'il n'est pas venu dans mon Service, mon correspondant n'a pas manqué certainement, pour pouvoir en parler en connaissance de

cause, de fréquenter ceux de ses amis stomatologistes qui pourront méditer cette parole de Henri IV : « Dieu me garde de mes amis ; quant à mes ennemis, je m'en charge. »

« Je dois faire constater en effet que, jusqu'à la fin de 1928, le corps des stomatologistes des hôpitaux, sur 29 membres, n'en comptait que deux qui répudiaient la doctrine stomatologique, et que, depuis le 26 décembre dernier, ces deux membres, dont moi-même, ayant été atteints par la limite d'âge, *tous* les stomatologistes des hôpitaux, aujourd'hui en fonction, se réclament de cette doctrine ; on voit comment ils sont jugés par un des leurs.

« Je commence à comprendre, maintenant, pourquoi mon correspondant a voulu garder l'anonymat ! !

« Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération.

« Docteur Maurice Roy,
Stomatologiste des Hôpitaux ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ECOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ, DE LA RÉGION DE PARIS

En outre des conférences qui seront faites dans les quatre Ecoles (Médecins-Pharmaciens-Dentistes et Officiers d'Administration (trois exercices pratiques prévus au programme d'instruction de l'Ecole de Perfectionnement des Officiers de Réserve du Service de Santé de la Région de Paris seront exécutés au cours du 1er trimestre 1930 dans les conditions suivantes :

Exercices pratiques d'intérêt général communs aux quatre *Ecoles Annexes* au *Grand Amphithéâtre de la Sorbonne*, 47, rue des Ecoles :

Dimanche 19 *janvier* 1930 à 9 h. 30	Le Groupement d'Ambulance de Corps d'Armée dans une offensive. Installation. Choix de l'emplacement. — par le médecin - lieutenant - colonel Schneider, de l'Ecole Supérieure de Guerre.
Dimanche 16 *février* 1930 à 9 h. 30	Déplacement du Groupement d'Ambulances de Corps d'Armée. — par le médecin - lieutenant - colonel Schickele, de la Section technique du Service de Santé au ministère de la Guerre.
Dimanche 15 *mars* 1930 à 9 h. 30	Evacuation de l'avant par avions sanitaires dans la guerre de mouvement sur les fronts européens. — par le médecin - lieutenant - colonel Schneider, de l'Ecole Supérieure de Guerre.

Trois autres exercices pratiques d'intérêt général faits à la Sorbonne et deux exercices pratiques faits à l'intérieur de chaque Ecole auront lieu également dans le courant du 1er semestre 1930.

Leurs sujets ainsi que leurs dates seront communiqués ultérieurement.

ÉQUIVALENCE DE TITRES ÉTRANGERS AVEC LE BACCALAURÉAT FRANÇAIS (1929-1930)

(ARRÊTÉ DU 20 AOUT 1929)

La liste des titres étrangers visés par l'article 1er des arrêtés du 16 novembre 1915 est établie, pour l'année scolaire 1929-1930, comme suit :

Albanie.

Diplôme de fin d'études secondaires du lycée national de Korça.

Allemagne.

1° Certificat de maturité (Reifezeugnis), délivré par une école secondaire à neuf classes ou par une « Aufbauschulen » à six classes ;

2° Certificat d'admission à suivre les cours des universités allemandes en application des décrets des 19 septembre 1919 et 11 juin 1924.

Amérique (Etats-Unis d').

Diplôme de bachelier ès lettres (Bachelor in Arts) ou de bachelier ès sciences (Bachelor in Sciences), délivrés par un des établissements désignés dans la liste annexée à l'arrêté du 25 août 1928, modifiée et complétée par les arrêtés des 15 et 28 décembre 1928.

Argentine (République).

Certificat d'études secondaires complètes, délivré par un collège national.

Autriche.

Certificat de maturité.

Belgique.

1° Certificat homologué par le Ministère des Sciences et des Arts constatant un cours complet d'humanités ou d'études professionnelles fait dans un ou plusieurs établissements d'enseignement moyen ;

2° Diplôme de candidat en philosophie et en lettres ;

3° Diplôme de candidat en droit ;

4° Diplôme de candidat en sciences physiques et mathématiques ;

5° Diplôme de candidat en sciences naturelles ;

6° Diplôme de candidat en médecine, chirurgie et accouchements ;

7° Diplôme de candidat ingénieur ;

8° Diplôme de candidat notaire.

Bolivie.

1° Diplôme de bachelier en humanités ;

2° Diplôme de bachelier en sciences mathématiques ;
3° Diplôme de bachelier en sciences biologiques.

Brésil.

Certificat de quatre années d'études dans un des établissements d'enseignement secondaire désignés dans la liste ci-annexée.

Britannique (Empire).

1° Certificat de « matriculation », délivré par une des universités de la Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord, de l'Etat libre d'Irlande, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de l'Afrique du Sud, de Malte, de Hong-Kong ;

2° Tout diplôme obtenu sur le territoire de l'empire Britannique, accompagné d'une attestation du « Universities Bureau of the British Empire », 50, Russell Square à Londres, certifiant que ce diplôme confère à son porteur le droit d'être admis comme étudiant régulier en vue d'obtenir un grade universitaire dans une université de la Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord, de l'Etat libre d'Irlande, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de l'Afrique du Sud, de Malte, de Hong-Kong ;

3° Tout certificat, accompagné d'une attestation du « Universities Bureau of the British Empire », constatant que le candidat a subi avec succès l' « Intermediate examination for the degrees of B. A., B. Sc., L. L. B., M. B., B. E. B. Comm., B. Ag., B. O. L. », dans une université de l'Inde.

Bulgarie.

1° Certificat de maturité des gymnases nationaux ;
2° Certificat de maturité des écoles pédagogiques.

Chili.

1° Diplôme de bachelier en philosophie et humanités (Bachiller in filosofia y humanidades) ;

2° Diplôme de bachelier ès sciences physiques et mathématiques (Bachiller in ciencias fisicas y matmeaticas).

Chine.

1° Certificat d'études secondaires délivré par l'université l' « Aurore » de Shanghaï (cours préparatoire) ;

2° Certificat de fin d'études de la première école populaire de commerce de Kharbine (Mandchourie).

Colombie.

Baccalauréat délivré par les établissements d'enseignement secondaire délégués par le Ministère de l'Instruction publique.

Costa-Rica.

Baccalauréat ès sciences ou ès lettres délivré par le lycée national San José de Costa-Rica.

Cuba.

Diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences délivré par un établissement d'enseignement secondaire de l'une des six provinces de la république (Pinal-del-Rio, la Havane, Matanzas, Santa-Clara, Camaguez, Oriente) et visé par le secrétaire de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Danemark.

Certificat d'examen d'étudiant (Studenterksamen) d'une des trois séries : 1° langues classiques ; 2° langues modernes ; 3° mathématiques sciences naturelles.

Dantzig (Ville libre de).

Certificat de maturité (Reifezeugnis) délivré par les gymnases, réalgymnases et écoles réales supérieures.

Dominicaine (République).

Diplôme de bachelier.

Egypte.

Certificat d'études secondaires délivré par le gouvernement égyptien.

Equateur.

Baccalauréat délivré par les collèges nationaux.

Espagne.

Diplôme de bachelier délivré par le recteur de l'une des universités de Barcelone, Grenade, la Laguna, Madrid, Murcie, Ovideo, Salamanque, Santiago, Saragosse, Séville, Valence, Valladolid.

Esthonie.

1° Certificat de maturité des gymnases publics ;

2° Certificat de maturité des gymnases privés du Dôme-Kubu, Lender, Saint-Charles, Treffner et Westholm, à Tallinn (Reval), de la minorité russe et de la société pour l'éducation de la jeunesse à Tartu,

de la minorité lettone à Valk, de la société pour la propagation de l'instruction à Viljandi, de garçons et de jeunes filles de Voru ;

3° Certificat de maturité délivré par tout autre établissement libre, revêtu de l'approbation du ministère de l'Instruction publique.

Finlande.

Diplôme d'étudiant obtenu à la suite de l'examen de sortie d'un établissement d'enseignement secondaire.

Grèce.

Certificat de fin d'études (Apolytirion) délivré par un gymnase hellénique et visé par le Ministère de l'Instruction publique.

Guatemala.

Baccalauréat ès sciences et ès lettres.

Haïti.

Certificat d'études du deuxième degré.

Hollande.

1° Certificat d'études prévu par l'article 57 de la loi hollandaise du 2 mai 1863 sur l'enseignement secondaire (article modifié par la loi hollandaise du 1er mars 1920) ;

2° Certificat d'études prévu par l'article 55, second alinéa, de la loi hollandaise du 2 mai 1863 sur l'enseignement secondaire (article modifié par la loi hollandaise du 1er mars 1920) ;

3° Certificat d'études prévu par l'article 11 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur ;

4° Certificat d'études prévu par l'article 12 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur (article modifié par la loi hollandaise du 22 mai 1905) ;

5° Certificat d'études prévu par l'article 157 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur.

Honduras.

Diplôme de bachelier de l'université de Tégucigalpa.

Hongrie.

Certificat de maturité.

Islande.

Certificat d'examen d'étudiant (Students prof.) d'une des deux sections : 1° langues ; 2° sciences.

Italie.

1° Diplôme de maturité classique ;
2° Diplôme de maturité scientifique.

Japon.

1° Diplôme de fin d'études secondaires délivré par les lycées et écoles secondaires dépendant du Ministère de l'Instruction publique ;
2° Diplôme de fin d'études secondaires de l'Athénée français de Tokio et du lycée de l'école de l'Etoile du matin de Tokio ;
3° Diplôme de fin d'études des écoles des langues étrangères d'Osaka et de Tokio.

Lettonie.

1° Certificat de maturité délivré par les gymnases lettons ;
2° Certificat de maturité délivré par les gymnases des minorités nationales et religieuses.

Lithuanie.

1° Certificat de maturité délivré par les gymnases de l'Etat ;
2° Certificat de maturité délivré par les gymnases privés, jouissant des droits des gymnases de l'État et portant la signature du représentant du ministère de l'Instruction publique.

Luxembourg.

1° Certificat de maturité de la section gréco-latine ou de la section latine de l'un des gymnases de garçons de Luxembourg. Diekirch ou Echternach ;
2° Certificat de maturité de la section latine de l'un des lycées de jeunes filles de Luxembourg et d'Esch-sur-Alzette.

Mexique.

Certificat d'études préparatoires à l'enseignement universitaire délivré par une « Escuela nacional preparatoria ».

Norvège.

1° Diplôme de bachelier ès lettres (Artium paa don sprolig historisko linje) ;
2° Diplôme de bachelier ès sciences (Artium paa Reallinjen).

Panama.

Diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences délivré par l'institut national panaméen.

Paraguay.

Diplôme de bachelier délivré par le conseil secondaire et supérieur (Consejo secundario y superior).

Pérou.

1° Certificat de fin d'études délivré après cinq années d'enseignement secondaire ;

2° Baccalauréat ès lettres ;

3° Baccalauréat ès sciences.

Perse.

Diplôme de fin d'études secondaires délivré par le ministère de l'Instruction publique.

Pologne.

1° Certificat de maturité (Swiadectwo Dojrzalosci) obtenu dans les gymnases de l'Etat ;

2° Certificat de maturité (Swiadectwo Dojrzalosci) obtenu dans les gymnases privés après examen devant un jury désigné par le curateur d'un arrondissement scolaire.

Portugal.

1° Diplôme du cours complémentaire des lettres des lycées nationaux;

2° Diplôme du cours complémentaire de sciences des lycées nationaux.

Roumanie.

Diplôme de baccalauréat (diploma de baccalauréat) délivré par le ministère de l'Instruction publique.

Salvador.

Baccalauréat (bachillerato) exigé pour l'entrée dans les facultés de l'université.

Suède.

Certificat de baccalauréat délivré par un établissement public d'enseignement secondaire (latingymnasium ou réalgymnasium).

Suisse.

1° Certificat de maturité fédérale de l'un des types A, B ou C, délivré soit par la commission fédérale de maturité, soit par une autorité scolaire cantonale :

2° Baccalauréat ou certificat de maturité délivré par un des établissements désignés dans la liste annexée à l'arrêté du 25 août 1928.

Tchécoslovaquie.

1° Certificat de maturité d'un gymnase, gymnase réal ou gymnase réal réformé ;

2° Certificat de maturité d'une école réale, joint au certificat d'examen complémentaire prévu par l'arrêté du 29 mars 1909.

Turquie.

Diplôme de fin d'études des lycées turcs.

Uruguay.

Diplôme de bachelier ès sciences et ès lettres de l'université de Montevideo.

Venezuela.

1° Diplôme de bachelier ès sciences philosophiques ;

2° Certificat de capacité (certificado de suficienca) délivré par le Ministère de l'Instruction publique.

Yougoslavie.

Certificat de baccalauréat ou de maturité délivré par un établissement public de l'enseignement secondaire (gymnase ou école réale).

ANNEXE A L'ARRÊTÉ DU 20 AOUT 1929.

Liste des établissements d'enseignement secondaire dont le certificat de quatre années d'études est admis en équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Brésil.

Collegio Pedro II, Rio-de-Janeiro. Gymnasio da Capital de Sao Paulo. Gymnasio de Ribeirao Preto, Sao Paulo. Gymnasio de Campinas, Sao Paulo. Gymnasio de Bahia, Bahia. Gymnasio de Espirito, Santo. Gymnasio de Barbacena, Minas. Gymnasio de Pernambuco, Recife. Gymnasio Mineiro de Bello Horizonte, Minas. Gymnasio Paes de Carvalho, Para-Gymnasio Paranaense, Paranà. Gymnasio Catharinense, Santa-Catharina. Gymnasio Amazonense Pedro II, Amazonas. Gymnasio Lemos Junior, Rio Grande do Sul. Gymnasio Pelotense, Pelotas. Lyceu de Humanidades de Campos, Estado do Rio. Lyceu Maranhense, Maranhao. Lyceu Parahybano, Parahyba. Lyceu de Cearà, Cearà. Lyceu Piaubyense, Piauhy. Lyceu Alagoano, Alagoas. Lyceu Guyabano, Matto Grosso. Lyceu de Goyaz, Atheneu Pedro II, Sergipe. Atheneu Norte Rio Grandenne, Rio Grande do Norte.

(*L'Information universitaire*, 19 octobre 1929).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

HOLLANDE

Loi du 2 juillet 1928, relative a la pratique de l'art de guérir

Art. 1[er]. — Si un médecin se rend coupable d'agissements de nature à ébranler la confiance dans la profession médicale, ou de négligence ayant occasionné un tort grave à une personne pour laquelle il avait été fait appel à ses conseils ou à ses soins médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux ou à laquelle il a donné des conseils ou ces soins, ou s'il fait preuve de grossière ignorance dans la pratique de la médecine, il pourra lui être appliqué l'une des peines mentionnées à l'art. 5, en outre de la responsabilité qui lui est imposée par le Code civil ou le Code pénal.

Art. 2. — Si un dentiste se rend coupable d'agissements de nature à ébranler la confiance dans la profession de dentiste, ou de négligence ayant occasionné un tort grave à une personne pour laquelle il avait été fait appel à ses conseils ou à ses soins dentaires, ou à laquelle il a donné ces conseils ou ces soins, ou s'il fait preuve de grossière ignorance dans l'exercice de la chirurgie dentaire, il peut lui être appliqué l'une des peines mentionnées à l'art. 5, en sus de la responsabilité qui lui est imposée par le Code civil ou le Code pénal.

Art. 3. — (Ne concerne que les sages-femmes).

Art. 4. — Il peut être appliqué à un médecin, à un dentiste ou à une sage-femme, considérés comme inaptes à la pratique de la médecine par suite de maladie mentale ou physique ou par suite d'infirmité corporelle ou de vieillesse, l'une des peines mentionnées au 4° et 5° du premier parag. de l'art. 5.

Art. 5. — I. Les peines prévues par les art. 1-4 sont :

1° L'avertissement ;

2° La réprimande ;

3° Une amende de deux mille florins au maximum ;

4° La suspension du droit de pratiquer la médecine pendant un an au maximum ;

5° L'interdiction du droit de pratiquer la médecine.

II. L'amende est perçue au profit de l'État.

III. Si une amende a été infligée, l'arrêt peut fixer un ou plusieurs termes dans le délai desquels elle doit être payée. La perception de l'amende est opérée par le receveur des impôts directs de la circonscription dont dépend le domicile du condamné à l'amende, en observant les prescriptions des articles 14 et suivants de la loi du 22 mai 1845.

Art. 6. — Les prescriptions de l'art. 195 du Code pénal sont ap-

pliquées de façon analogue au médecin, au dentiste ou à la sage-femme qui :

1° Ayant été suspendu du droit de pratiquer la médecine, par un arrêt devenu sans appel, continuerait d'exercer pendant la durée de cette suspension ;

2° Ayant été frappé d'interdiction de pratiquer la médecine, par un arrêt devenu sans appel, continuerait à exercer.

Art. 7. — I. Des collèges spéciaux sont chargés de prendre les décisions requises pour l'application des art. 1 à 4.

II. Il peut être interjeté appel des arrêts prononcés par un de ces Collèges auprès d'un Collège central. Si cependant l'arrêt condamne à une amende, à la suspension ou à l'interdiction de la pratique de la médecine, l'appel peut être porté devant la Cour d'appel dans le ressort de laquelle est établi le Collège qui a prononcé l'arrêt.

III. Si la Cour d'appel estime qu'il n'existe pas de motifs suffisants pour maintenir l'arrêt, avec ou sans modifications, elle le casse et, le cas échéant, elle renvoie l'affaire au Collège central afin qu'il décide s'il existe des motifs pour adresser à l'intéressé un avertissement ou une réprimande.

IV. Si le Collège central, jugeant en appel, estime qu'il existe des motifs suffisants pour infliger une amende, une suspension ou une interdiction de la pratique de la médecine, il transmet l'examen ultérieur de l'affaire à la Cour d'appel du ressort de laquelle dépend le Collège qui a prononcé l'arrêt contre lequel il est fait appel. La Cour décide ensuite si l'une des peines mentionnées à l'art. 5 doit être appliquée.

V. Chaque arrêt mentionne les considérants sur lesquels il est fondé.

Art. 8. — I. Peuvent être soumis au Collège de première instance et au Collège central les litiges concernant la pratique de la médecine par des médecins, dentistes ou sages-femmes, si les parties y ont consenti, soit de façon générale, soit pour ce cas particulier. Si ces litiges ne peuvent pas être résolus à l'amiable, le Collège décide. Sont soumis aussi au jugement de ces Collèges les litiges qui peuvent s'élever entre des fonctionnaires médicaux chargés du contrôle ou de la direction et des médecins, dentistes ou sages-femmes pratiquants, si les parties y ont consenti.

II. En prenant la décision au sujet des litiges visés par cet article, il peut être appliqué d'office l'une des mesures mentionnées à l'article 5, 1° et 2°.

Art. 9. — Le Collège de première instance, ainsi que le Collège central, sont composés chacun de quatre médecins et d'un juriste président.

Si une décision doit être prise au sujet d'un dentiste ou d'une sage-femme, deux dentistes ou, respectivement, deux sages-femmes autant que possible remplacent dans le Collège deux médecins.

Art. 10. — I. Sauf ce qui est établi par le deuxième parag. de l'art. 8,

une affaire est considérée comme entamée en première instance par une plainte écrite par une personne que le Collège qui jugera l'affaire reconnaît comme intéressée directement ; par une plainte émanant de la direction d'un organisme au service duquel sont le médecin, le dentiste ou la sage-femme ou y sont inscrits pour donner des soins médicaux, dentaires ou obstétricaux ; par une plainte émanant d'un inspecteur médical du Contrôle de l'Etat sur l'Hygiène publique ou d'un inspecteur du Contrôle de l'Etat sur les aliénés et les Asiles d'aliénés.

II. Aussitôt qu'une plainte a été déposée, le président procède à une enquête provisoire. S'il apparaît que la plainte a été déposée par quelqu'un qui, suivant les prescriptions du premier parag., n'a pas cette faculté, le Collège déclare le plaignant irrecevable, sans autre examen de la cause. S'il apparaît manifestement que la plainte est mal fondée ou de nature insignifiante, le Collège peut aussi la rejeter sans autre examen. Dans tous les autres cas, le Collège ne peut prendre de décision qu'après que le médecin, le dentiste ou la sage-femme contre qui la plainte a été déposée aura été convoqué et, s'il répond à cet appel, entendu. Il en est de même dans le cas prévu au deuxième parag. de l'art. 8.

III. Si pendant le jugement d'une cause la plainte est retirée ou que le médecin, le dentiste ou la sage-femme impliqués dans l'affaire abandonnent la pratique médicale pendant ce temps, ce fait n'arrête pas le jugement ultérieur de l'affaire et la procédure en cours si, de l'avis du Collège intéressé, il est d'intérêt public que l'examen de l'affaire soit continué.

Art. 11. — I. Le médecin, le dentiste ou la sage-femme contre qui une plainte a été déposée, ainsi que le plaignant, peuvent, dans un délai de trois jours après la réception de la convocation à comparaître devant le Collège de première instance, le Collège central ou la Cour d'appel, récuser :

1° Tout membre d'un Collège impliqué directement dans l'affaire ou dans les affaires qui ont donné lieu à la plainte ;

2° Tout membre d'un Collège apparenté jusqu'au quatrième degré par le sang ou par mariage avec le plaignant ou celui ou celle contre qui la plainte a été déposée.

3° Tout membre d'un Collège dont l'intérêt direct serait opposé à celui du plaignant ou de celui ou celle contre qui la plainte a été déposée.

II. Les membres non récusés du Collège décident aussitôt que possible si la récusation est bien fondée ou non.

III. Si le scrutin est partagé par nombre de voix égal, la récusation est tenue pour accordée.

IV. Le présent article est appliqué de façon analogue pour le jugement d'un litige comme celui prévu par l'art. 8.

Art. 12. — I. Si le jugement d'une affaire entamée, soit par une plainte, soit d'office, n'est pas possible sans que le médecin, le dentiste ou la sage-femme incriminé soit entendu et que ce praticien ne réponde pas à la convocation qui lui a été adressée en vertu de l'art. 10, si le Collège ou la Cour d'appel qui jugent l'affaire estiment qu'il est d'intérêt public de prononcer un arrêt, ce Collège ou cette Cour peut adresser aux intéressés une convocation impérative de comparaître à un jour déterminé. Chaque décision de ce genre mentionne les considérations sur lesquelles elle est fondée.

II. Si cette décision a été prise par un Collège de première instance, l'intéressé peut en appeler au Collège central.

III. Les art. 192 et 444 du Code pénal au sujet de ceux qui sont légalement convoqués comme témoins experts ou interprètes sont applicables de façon analogue au médecin, au dentiste ou à la sage-femme visés par le premier parag. de cet article.

Art. 13. — Quiconque est appelé à comparaître comme témoin ou comme expert, en première instance ou en appel, est tenu de répondre à cette convocation, de témoigner ou de prêter ses services comme expert, sauf raisons valables de s'abstenir en vertu de l'obligation du secret professionnel, tel qu'il est défini à l'art. 218 du Code de Procédure pénale.

Art. 14. — I. Les membres d'un Collège de première instance, du Collège central ou de la Cour d'appel ont l'obligation de garder le secret sur les affaires introduites devant eux, sur les délibérations au sujet d'une affaire et sur la décision prise, à moins que, dans une mesure à déterminer par l'arrêté administratif prévu à l'art. 15, ils ne soient tenus de faire des communications au sujet de l'affaire à la police ou à la justice. Si cependant le Collège ou la Cour qui a prononcé un arrêt estime que, vu son importance, il est d'intérêt public de le publier, cette publication a lieu suivant des modalités à déterminer par arrêté administratif.

II. Une copie de l'arrêt rendu, en première instance ou en appel est communiquée à l'inspecteur. Cet inspecteur est tenu de garder le secret, sauf exception mentionnée au premier parag. du présent article.

III. Tout autre plaignant, en première instance ou en appel, est avisé qu'il est déclaré irrecevable ou que la plainte est repoussée.

Art. 15. — Un arrêté administratif règlera ultérieurement le siège, le ressort, la composition, les facultés et l'ordre de jugement des affaires par les Collèges de première instance et par le Collège central, ainsi que l'ordre de jugement des affaires devant les tribunaux. Il fixera en même temps les mesures requises pour assurer la stricte exécution de cette loi.

Art. 16. — Si un chirurgien-dentiste, tel qu'il est défini par la loi du 30 décembre 1926, en pratiquant la prothèse dentaire complète, se rend coupable de négligence ayant occasionné un tort grave à une personne

qui avait fait appel à ses conseils ou à ses soins ou à laquelle il a donné ces conseils ou ces soins, ou s'il fait preuve de grossière ignorance dans la pratique de la prothèse dentaire complète, il peut, en outre de la responsabilité qui lui est imposée par le Code civil ou par le Code pénal, lui être appliqué l'une des peines suivantes :

1° L'avertissement ;

2° La réprimande ;

3° Une amende au maximum de deux mille florins ;

4° La suspension du droit de la pratique dentaire complète pendant un an au maximum ;

5° L'interdiction du droit de pratiquer la prothèse dentaire complète.

En cas d'amende, le deuxième et le troisième parag. de l'art. 5 sont applicables.

Sont appliqués de même les art. 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13 et 14. L'article 195 du Code pénal est appliqué de même au chirurgien-dentiste qui :

1° Ayant été suspendu de la pratique de la prothèse dentaire complète, par un arrêt devenu sans appel, continue à pratiquer cette prothèse pendant la durée de la suspension ;

2° Ayant été frappé d'interdiction de la pratique de la prothèse dentaire complète par un arrêt devenu sans appel, continue à pratiquer cette prothèse.

Art. 17. — La présente loi entrera en vigueur ultérieurement.

LA LÉGISLATION ODONTOLOGIQUE EN PORTUGAL

LOIS, DÉCRETS ET ORDONNANCES QUI S'Y RÉFÈRENT.

PAR SIMOES BAYAO, de Lisbonne.

13 *juillet* 1870. — Une ordonnance rend obligatoire un examen passé dans une des facultés du pays devant des professeurs de ces facultés conformément à un programme spécial.

18 *janvier* 1911. — Loi d'un caractère provisoire qui suspend ce qui avait été statué antérieurement, respecte les droits acquis et réserve aux médecins la profession jusqu'à réglementation du cours respectif.

25 *mai* 1911. — Décret qui révoque l'ordonnance du 13 juillet 1870 et réserve définitivement la profession aux médecins.

Durant cette même année création à la Faculté de médecine de la chaire d'odontologie destinée à former les médecins en trois mois. Cette chaire n'a jamais pu être occupée et le cours fonctionner faute de professeur.

21 *janvier* 1918. — Une ordonnance nomme une commission composée de chirurgiens-dentistes chargés de présenter les bases pour la création d'une école dentaire. La proposition des bases demandées fut même publiée au *Journal officiel*, mais un mouvement politique empêcha sa réalisation.

17 *novembre* 1926. — Décret de réorganisation de la Faculté de médecine. Il supprime la chaire de stomatologie qui n'arriva jamais à fonctionner et confie à la Faculté la charge de réglementer l'enseignement odontologique, mission que la dite Faculté n'a jamais remplie.

11 *août* 1927. — Décret créant l'Institut de stomatologie destiné à spécialiser des médecins en deux ans.

21 *septembre* 1927. — Ordonnance nommant quatre professeurs pour l'Institut de stomatologie. Ces nominations portèrent sur quatre médecins ne possédant pas la spécialité.

2 *juin* 1928. — Décret révoquant les antérieurs et créant une commission composée d'un professeur de chacune des facultés de médecine (Lisbonne, Porto, Coimbre), ainsi que de deux stomatologistes et de deux odontologistes avec mission de se prononcer sur les décrets antérieurs et de présenter des bases pour l'organisation définitive de l'enseignement odontologique. Ce travail a été présenté 30 jours après conformément au délai qui avait été fixé, mais, à ce jour, il n'y a pas encore été donné suite.

Résumé.

La loi du 25 mai 1911 continue à être en vigueur, vu que tout ce qui a été décrété depuis cette date jusqu'à aujourd'hui n'a pas encore été mis à exécution. Pour cela, dès 1911, année à partir de laquelle la profession ne peut plus être exercée que par des médecins, sans obligation pour eux à des études spéciales, une personne quelconque, portugaise ou étrangère, munie du diplôme d'une école dentaire de grande valeur, qui veut exercer sa profession en Portugal, se trouve, de par la loi, dans une situation illégale, malgré sa compétence incontestable.

Il n'existe ni cours, ni écoles spéciales. Toutefois, quelques hôpitaux possèdent des cliniques dirigées par des médecins qui limitent leur action aux cas urgents. C'est de ces cliniques que sont sortis la majorité des stomatologistes. Qui prétend aller plus loin, doit aller chercher ces connaissances à l'étranger.

Le nombre de ceux qui pratiquent illégalement est grand (1/5e) ; quelques-uns d'entre eux, s'appuyant sur diverses argumentations, espèrent avec confiance qu'un gouvernement, en réglementant définitivement cet enseignement, régularisera leur situation.

Ceux qui pratiquent en Portugal se divisent en deux catégories :

Médecins.

Dentistes à l'abri de l'ordonnance du 14 juillet 1870. Parmi ces derniers, quelques-uns ont fréquenté des écoles étrangères de la spécialité.

C'est entre ces deux catégories de pratiquants, dentistes et médecins, que la question se débat.

Les *médecins* réclament en général la création d'une spécialisation de courte durée et seulement pour leur propre usage.

Les *dentistes* réclament la fondation d'une école où, pour l'inscription, il serait exigé les mêmes études préparatoires que pour le cours général de médecine, école qui comprendrait l'enseignement complet en cinq ans et qui aurait quelques chaires communes avec le cours de médecine.

La solution du choc constant de ces deux opinions dépend beaucoup plus de la politique que de la raison ; pour ce motif, il est donc difficile de pronostiquer.

STATISTIQUE

Portugal

Population	6.380.135	1 dent. dipl. par	24.538,9	hab.
Dentistes diplômés	260	1 dent. illégal »	58.001,2	»
Illégaux	110	1 stomatologiste »	60.189,9	»
Stomatologistes	106	1 médecin »	1.371,1	»
Médecins	4.653	1 praticien de l'art dentaire (stomatologistes, dent. dipl. illégaux) par	13.403,6	»
		1 dent. dipl. par	17,8	médecins.

Lisbonne capital du Portugal

Population	579.524	1 dent. dipl. par	6.439,1	hab.
Dentistes diplômés	90	1 dent. illégal »	20.697,2	»
Illégaux	28	1 stomatologiste »	25.196,6	»
Stomatologistes	23	1 médecin »	286,4	»
Médecins	2.023	1 praticien (stomatologistes, dentistes, illégaux) par	4.110,	»
		1 dent. dipl. par	22,4	médecins.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

COMMISSION DE LA CROIX-ROUGE

HISTORIQUE ET TENDANCES ACTUELLES DES CROIX-ROUGES.

Par FRÉD. PIGUET (Genève).

L'histoire de la Croix-Rouge, de ses origines à son épanouissement présent, a déjà fait l'objet d'études aussi importantes que complètes. Nous n'avons pas la prétention d'apporter en ce rapport forcément limité une vision définitive sur ce vaste mouvement humanitaire qui s'amplifie de jour en jour. Notre seul but est de condenser en un aperçu panoramique les phases diverses qui ont caractérisé, au point de vue national et international, les activités de la Croix-Rouge.

Il a paru utile, en effet, d'évoquer au cours des travaux de la session annuelle de la Fédération dentaire internationale, une œuvre qui, par ses buts même, se trouve déjà et se trouvera de plus en plus en corrélation étroite avec certaines des tâches spécialisées que nous poursuivons.

Comme on le sait, l'idée initiale de la Croix-Rouge a été énoncée en 1862, par le Genevois, Henri Dunant dans son livre : « Un souvenir de Solférino ». L'auteur, qui avait assisté en personne aux mêlées sanglantes de la guerre d'Italie, y décrivait l'émouvant spectacle des blessés abandonnés sur le champ de bataille et privés des secours médicaux les plus indispensables. Il appelait de ses vœux, la fondation d'œuvres permanentes d'assistance volontaire aux blessés et souhaitait de voir formuler par des princes de l'art militaire, de nationalités différentes, quelque principe international, conventionnel et sacré, lequel une fois agréé et ratifié, servirait de base à des sociétés de secours pour les blessés dans les différents pays d'Europe.

L'appel d'Henri Dunant eut un grand retentissement. La Société d'utilité publique de Genève, présidée par Gustave Moynier, s'intéressa vivement aux suggestions émises par Dunant et, d'accord avec lui, désigna une commission chargée de poursuivre l'étude des moyens d'améliorer la situation des blessés militaires. Cette commission qui prit peu après le nom de Comité international et qui se composait du général Dufour, commandant en chef de l'armée suisse, de Gustave Moynier, d'Henri Dunant, des Drs Louis Appia et Théodore Maunoir, élabora un projet de concordat qui prévoyait la création de Comités nationaux ayant pour tâche de seconder le service sanitaire des armées. En octobre 1863, une première assemblée de 36 experts et délégués gouvernementaux réunis à Genève, posa les bases de la Croix-Rouge et confirma le Comité international dans la tâche qu'il s'était donnée.

Le 8 août 1864, le Conseil fédéral suisse convoquait, à Genève, une conférence diplomatique à laquelle vingt-six États étaient représentés. Cette conférence vota la Convention de Genève qui réglementait la question du respect des blessés, la neutralité des hôpitaux militaires, la protection du personnel et du matériel sanitaire et qui instituait comme signe de protection, la croix rouge sur fond blanc, devenue aujourd'hui, l'emblème universel des œuvres de Croix-Rouge. La Convention de 1864 a été revisée et complétée une première fois en 1906. Une nouvelle conférence diplomatique, qui siège en ce moment même à Genève et à laquelle participent quarante-six gouvernements, élabore une deuxième révision de la Convention de 1864.

Il faut mentionner, d'autre part, que deux conférences tenues à La Haye en 1899 et en 1907, ont permis d'étendre à la guerre maritime les principes de la Convention de Genève.

Dès sa constitution, le Comité international de la Croix-Rouge s'est appliqué conformément au rôle qui lui avait été confié à provoquer l'accession des divers États à la Convention de Genève et à fonder des sociétés de Croix-Rouge dans tous les pays du monde.

Dès le mois de décembre 1863, les premières sociétés nationales étaient constituées en Europe en vue de servir d'auxiliaires des services de santé militaire et leur nombre n'a cessé depuis de s'accroître d'année en année. Il existe actuellement plus de soixante sociétés nationales de la Croix-Rouge, réparties sur tous les points du globe.

La formation de nouveaux États à la suite de la grande guerre a eu pour conséquence de provoquer la création d'un assez grand nombre de nouvelles Croix-Rouges nationales. Mais il faut tenir compte, d'autre part, du fait que certaines Sociétés précédemment existantes, ont interrompu leur activité, que d'autres se sont constituées sur des bases nouvelles et que d'autres enfin se sont fédérées. Chacune d'elles comporte un certain nombre de divisions régionales, de sections locales ou de chapitres qui travaillent sous la direction d'un Comité central. Il importe de souligner que chaque pays ne possède qu'une seule société nationale de Croix-Rouge reconnue. A l'exception des sociétés des pays musulmans qui ont adopté le Croissant rouge et de la Perse qui a choisi comme insigne le lion et le soleil, toutes les autres sociétés nationales arborent l'emblème de la Croix-Rouge. Certaines d'entre elles comptent plusieurs millions d'adhérents.

Des conférences internationales de la Croix-Rouge réunissent, à intervalles réguliers, les délégués des gouvernements signataires de la Convention de Genève, les représentants du Comité international et des Croix-Rouges nationales. Ces conférences ont siégé à tour de rôle, à Paris (1867), Berlin (1869), Carlsruhe (1887), Rome (1892), Vienne (1897).

Saint-Pétersbourg (1902), Londres (1907), Washington (1912), Genève (1921, 1923, 1925 et La Haye (1928).

En assurant une liaison constante entre les diverses sociétés nationales, elles leur ont permis de bénéficier mutuellement des expériences acquises.

La tâche primitive des Croix-Rouges nationales a été d'assurer, comme l'a fait le Comité international de la Croix-Rouge lui-même, l'assistance aux blessés militaires et le secours aux populations en temps de guerre. C'est ainsi qu'en 1864, lors des hostilités entre la Prusse et le Danemark, en 1866, lors du conflit austro-allemand, en 1870-71, durant la guerre franco-allemande, en 1904, pendant la campagne russo-japonaise et en 1912, au cours du conflit balkanique, les Croix-Rouges des états belligérants mirent à la disposition des armées, des ambulances, des hôpitaux et des colonnes sanitaires. Fidèle à son rôle, le Comité international, de son côté, fondait à Bâle, en 1870, une agence de renseignements en faveur des militaires malades ou blessés et créait, en 1912, à Belgrade, une organisation analogue, consacrée aux victimes du conflit balkanique.

La guerre mondiale de 1914-1918 devait amplifier considérablement l'effort de la Croix-Rouge dans le domaine du secours aux blessés et aux prisonniers, de l'instruction du personnel infirmier, de l'équipement des hôpitaux, des moyens de transports et des convois sanitaires de l'assistance aux familles des combattants et de la fourniture de matériel médical.

Le Comité international de la Croix-Rouge, installé à Genève, organisait, dès août 1914, l'Agence internationale des Prisonniers de guerre où travaillaient jusqu'à 2.000 collaborateurs volontaires. L'œuvre de l'Agence internationale des Prisonniers de guerre a permis de retrouver des milliers de disparus sur les champs de bataille ou en mer, de transmettre des secours aux internés militaires et civils, de visiter régulièrement 500 camps de détention, de faciliter l'évacuation des non-combattants des régions occupées et le rapatriement ou l'hospitalisation en pays neutres des grands blessés, des malades ou du personnel sanitaire.

A la fin des hostilités, et grâce à l'aide généreuse de la Société des Nations, le Comité international de la Croix-Rouge a pu assurer, en outre, le retour dans leur foyer de 500.000 prisonniers de toutes nationalités restés en Russie et en Sibérie et des internés russes se trouvant en Europe centrale.

Il faudrait pouvoir mentionner tout au long l'œuvre admirable réalisée durant la guerre par les Croix-Rouges de tous les pays belligérants qui mirent sur pied un chiffre considérable de nurses et d'auxiliaires sanitaires et équipèrent des hôpitaux, des stations de secours, des ambulances mobiles, des trains et des bateaux sanitaires tout en assurant l'en-

voi du matériel médical nécessaire à leur entretien. Les Croix-Rouges des pays neutres participèrent de leur côté à ces activités humanitaires en assistant les prisonniers, en hospitalisant les grands malades, en ravitaillant et en assurant l'évacuation des habitants des territoires occupés.

A la cessation des hostilités, les Sociétés nationales s'efforcèrent de remédier aux misères résultant de la guerre. Elles collaborèrent à la rééducation des mutilés en créant des cliniques orthopédiques, des instituts de mécanothérapie, des services de prothèse, des homes de convalescence et des ateliers professionnels spéciaux. Elles établirent des homes destinés aux soldats invalides, se vouèrent à l'assistance aux anciens combattants, aux veuves et aux orphelins de guerre. Elles apportèrent enfin une aide efficace aux habitants des régions dévastées en installant des dispensaires, des pouponnières, des gouttes de lait, des stations de secours dans les localités privées alors de toutes ressources.

La tâche essentielle réalisée par les Sociétés de Croix-Rouge avait révélé au monde leur importance de premier plan. Grâce aux ressources, aux adhésions et au matériel de secours qu'elles avaient pu réunir, cette tâche devait se poursuivre désormais en s'orientant vers des buts toujours plus vastes.

L'activité de la Croix-Rouge, limitée jusqu'ici aux besoins créés par la guerre, allait s'adapter également aux besoins plus pressants encore du temps de paix.

Il convient de souligner tout particulièrement ici le rôle joué dans cette orientation nouvelle par la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge fondée en 1919 sur l'initiative de M. Henry P. Davison, président de la Croix-Rouge américaine. Lors de sa constitution, la Ligue se composait des Croix-Rouges américaines, françaises, britanniques, italiennes et japonaises. Elle groupe aujourd'hui plus de cinquante sociétés nationales. Grâce à son secrétariat permanent installé à Paris, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge a pu organiser entre les Sociétés nationales une collaboration efficace pour toutes les questions concernant la santé publique, les secours en cas de calamités et la propagande d'hygiène. Le secrétariat de la ligue des Sociétés de la Croix-Rouge comprend cinq sections :

La section d'hygiène qui s'occupe plus spécialement de propagande et d'enseignement populaire de l'hygiène, la section des infirmières qui organise des cours internationaux pour infirmières visiteuses et directrices d'école d'infirmières, la section de Croix-Rouge de la Jeunesse chargée d'aider les Sociétés nationales à développer dans leur pays respectif les organisations de Croix-Rouge de la Jeunesse en vue d'inculquer aux enfants l'idéal de paix de la Croix-Rouge et de les habituer à prendre soin de leur santé et de développer chez eux le sens de l'entr'aide, la section de l'émigration qui centralise les informations concernant ce domaine. Un

service de propagande, remarquablement outillé, facilite aux sociétés nationales la vulgarisation des principes et des notions d'hygiène à l'aide de tracts, d'affiches, d'études documentaires, d'expositions volantes et de conférences.

Mentionnons enfin que la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge a contribué, en liaison constante avec le Comité international de la Croix-Rouge et les Sociétés nationales, à organiser dès 1920, la lutte anti-épidémique, à assister les populations éprouvées par la famine, les séïsmes et les inondations et à faire aboutir le projet d'une Fédération internationale de secours mutuels aux populations frappées de calamités, projet élaboré par le sénateur Ciraolo et agréé par la Société des Nations.

Encouragées dans leur œuvre de paix par l'exemple de la Ligue et son activité coordinatrice, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge développent actuellement un champ d'activités d'une amplitude qu'elles n'avaient pas connue jusqu'alors. Ce travail du temps de paix ne s'est pas substitué aux œuvres qu'elles poursuivaient précédemment et qu'elles continuent à assumer comme par le passé. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir les Croix-Rouges adapter aux besoins du temps de paix, des méthodes et des dispositifs couramment employés par elles durant leur assistance du temps de guerre.

L'exposé très rapide des domaines où se manifeste actuellement l'action des Sociétés nationales que nous donnons ici en présentera plus d'un exemple typique :

Assistance médicale. — Toutes les Croix-Rouges entretiennent actuellement des hôpitaux permanents modèles où les malades sont soignés soit gratuitement, soit à des prix très abordables. Le personnel sanitaire de ces cliniques est constitué par les infirmières et des élèves infirmières, formées par les écoles de la Croix-Rouge. A côté d'établissements généraux qui permettent d'assurer les traitements médicaux les plus divers, il faut citer en particulier, ici, l'admirable hôpital de la Croix-Rouge néerlandaise à La Haye, celui de la Croix-Rouge allemande à Cassel et celui de la Croix-Rouge japonaise à Tokio — les Sociétés nationales entretiennent de nombreux instituts spécialisés, cliniques chirurgicales, dermatologiques, oto-rhino-laryngologiques, maternités, maisons de santé, asiles pour neurasthéniques et hôpitaux pour contagieux. Pour la cure de la tuberculose, de vastes sanatoriums ont été aménagés en montagne, en forêt, dans la plaine et au bord de la mer. Les stations de cure instituées par les Croix-Rouges italiennes, françaises, britanniques, américaines, allemandes et russes sont particulièrement perfectionnées.

De même pour le traitement du cancer, les Sociétés nationales ont aménagé des cliniques radiologiques et des instituts de radium. L'institut de la Croix-Rouge de Belgique, à Bruxelles, par exemple, est l'un des plus perfectionnés et des plus modernes que nous connaissions.

Dans les pays éprouvés par les fièvres paludéennes tropicales et les maladies épidémiques, des cliniques spéciales ont été mises sur pied. Il suffira de mentionner ici à titre d'exemple : les hôpitaux anti-malariques de la Croix-Rouge italienne, l'institut tropical de la Croix-Rouge géorgienne à Tiflis, les hôpitaux pour typhiques de la Croix-Rouge ukrainienne, the Hospital for Summer diseases de la Croix-Rouge chinoise à Shanghaï et les asiles de lépreux que l'on rencontre dans diverses régions.

Les sociétés nationales se sont chargées également de l'installation d'un grand nombre de stations de quarantaine et de désinfection pour les voyageurs et les émigrants.

Recherches scientifiques. — Les Croix-Rouges ont doté un grand nombre d'hôpitaux, d'instituts de recherches scientifiques et de laboratoires munis des équipements les plus modernes. L'on peut signaler ici l'exemple typique de la Croix-Rouge siamoise qui a construit à Bangkok un laboratoire de sérum contre les morsures de serpents auquel est annexé un parc où se fait l'élevage des ophidiens destinés aux expérimentations du laboratoire.

Assistance morale aux malades. — Les Sociétés nationales se sont chargées dans la plupart des pays d'organiser, à l'intention des patients séjournant dans les hôpitaux, des services de bibliothèques circulantes, des conférences, des concerts, des représentations théâtrales et cinématographiques.

Secours d'urgence. — Adaptant au temps de paix les méthodes qu'elles utilisèrent durant la guerre, les Sociétés nationales ont créé d'importants services de transport. Des ambulances automobiles de la Croix-Rouge facilitent l'évacuation rapide des blessés et des malades dans les hôpitaux. La Croix-Rouge tchécoslovaque fait circuler dans les contrées isolées de ce pays un train sanitaire de vingt-sept wagons avec salle d'opérations, pharmacie, douches, etc., qui sert de dispensaire et d'ambulance. La Croix-Rouge norvégienne a équipé un bateau-hôpital, le « Viking » chargé de recueillir dans les ports et stations de pêche de l'extrême Nord les marins blessés et malades. L'usage des avions sanitaires pour l'évacuation rapide des cas graves est adopté aujourd'hui par un grand nombre de Croix-Rouges (Espagne, Suède, Italie, Siam, etc.). Des équipes sanitaires volantes destinées à secourir les populations frappées de calamités, tremblements de terre, inondations, épidémies, incendies, etc., permettent de transporter rapidement sur les lieux sinistrés le personnel médical et infirmier nécessaire, ainsi que les ambulances mobiles, le matériel et les stocks de ravitaillement destinés à assister les régions où le fléau s'est déchaîné. Tel est le cas de la Croix-Rouge italienne qui peut envoyer dans les localités où sévit la malaria et dans celles ravagées par un séïsme des séries de tentes démontables aménagées en dortoirs, en

infirmeries, en pharmacies, en salles de pansements et d'opérations et en chapelle.

Dispensaires. — Les dispensaires jouent un grand rôle dans le programme actuel des Croix-Rouges. Grâce à eux, la santé publique peut être plus facilement surveillée et les soins médicaux fournis de façon régulière dans des cas très variés. Ici encore, à côté de dispensaires généraux les Croix-Rouges ont été amenées à établir des consultations spécialisées, surtout en ce qui concerne la prophylaxie anti-vénérienne et la lutte contre la tuberculose. Il convient de remarquer qu'un grand nombre de ces dispensaires de Croix-Rouge ont annexé à leurs services des cabinets dentaires.

Dans certaines régions à population clairsemée et qui se trouvaient dépourvues jusqu'ici de moyens de communication rapides de secours médicaux réguliers, certaines Sociétés nationales, les Croix-Rouges canadienne et finlandaise par exemple — ont établi des out-postes desservis par des médecins et des infirmières et qui sont aménagées tout à la fois en ambulances et en dispensaires. Il n'est pas besoin de signaler de quel prix peut être dans ces cas-là une assistance dentaire méthodiquement organisée.

Personnel infirmier. — La formation du personnel infirmier a été, en somme, l'une des tâches initiales de la Croix-Rouge. Mais tandis que naguère cette instruction était préparée surtout en vue des secours nécessaires en temps de guerre, elle s'oriente plus que jamais aujourd'hui vers les activités de paix. Les écoles d'infirmières sont organisées par la plupart des Sociétés nationales et les élèves, à côté de l'enseignement théorique, sont tenues de faire des stages pratiques dans les hôpitaux modèles de la Croix-Rouge. Des équipes spécialisées d'ambulanciers, d'infirmières hygiénistes, d'assistants pharmaciens, de radiographes etc., se consacrent à la lutte anti-tuberculeuse ou aux soins de l'enfance. A côté du personnel sanitaire permanent, des groupes de volontaires mobilisables, en cas d'urgence — tels que les Voluntary aid detachments de la Croix-Rouge britannique ou les colonnes de la Croix-Rouge allemande sont préparés et exercés de façon régulière. Il convient d'indiquer l'extension prise par le Social Service et l'activité des infirmières visiteuses de la Croix-Rouge qui complètent efficacement l'œuvre des dispensaires en surveillant à domicile les patients et leur famille.

Préparation de matériel sanitaire. — Les Croix-Rouges nationales tiennent en réserve de façon régulière des stocks d'appareils, de médicaments, de pansements destinés à être distribués en cas de sinistre ou d'épidémie.

Campagne d'hygiène. — La propagande d'hygiène intensifiée d'année en année a permis d'éduquer rationnellement les foules et d'arriver à des résultats essentiels dans le domaine de la santé publique. Cette pro-

pagande se poursuit au moyen de tracts, d'affiches, de conférences et d'expositions. Son œuvre vulgarisatrice complète utilement la tâche des dispensaires. Si l'enseignement populaire de l'hygiène se préoccupe dans une large mesure de la lutte contre la tuberculose, contre le cancer, contre les maladies vénériennes et contre l'alcoolisme, elle s'attache aussi à organiser de façon plus pratique et plus efficace les soins domestiques, les soins aux malades et la salubrité des logements. Ici encore l'hygiène dentaire n'a pas été oubliée et, comme l'exposeront de façon détaillée quelques-uns de mes éminents collègues, l'on a vu un grand nombre de Sociétés nationales se vouer courageusement à cette tâche d'un intérêt primordial pour nous.

Secours à l'enfance. — La lutte contre la mortalité infantile, ainsi que la protection des mères et des nourrissons, sont inscrites au programme de toutes les Croix-Rouges. Il est à peine besoin de rappeler ici l'activité bienfaisante des centres de puériculture, des gouttes de lait, des pouponnières et des colonies de vacances, des préventoriums, des orphelinats et des asiles pour enfants abandonnés ou anormaux qui sont aujourd'hui en fonctionnement dans tous les pays.

Croix-Rouge de la Jeunesse. — Près de quarante Sociétés nationales ont constitué, avec l'aide du secrétariat de la Ligue des Croix-Rouges, des sections de Croix-Rouge de la Jeunesse. Dans bien des pays, le nombre des juniors dépasse souvent celui des membres des sections d'adultes. L'œuvre de la Croix-Rouge de la Jeunesse, tout inspirée des principes d'entr'aide et de collaboration à l'œuvre de la santé publique, contribue utilement à faciliter la tâche de l'hygiène scolaire. Rappelons ici qu'une importante conférence des Croix-Rouges de la Jeunesse s'est réunie à Genève il y a quelques jours à peine et que les travaux présentés au cours de cette assemblée ont fait ressortir la valeur éducatrice de cette œuvre.

Indiquons, d'autre part, en terminant cette énumération rapide des tendances actuelles des Croix-Rouges, que les Sociétés nationales constituent souvent un précieux organe de liaison entre les diverses œuvres d'assistance sociale de leur pays respectif : samaritains gardes-malades, sociétés d'hygiène, sociétés d'assistance aux voyageurs et émigrants. Il va sans dire enfin que les Croix-Rouges nationales sont en relations constantes entre elles et qu'elles tendent de plus en plus, outre leurs activités purement nationales, à assumer une collaboration effective dans le domaine international. Les Sociétés de Croix-Rouge ont décidé, par exemple, de créer un carnet international d'identité destiné à leurs membres voyageant ou séjournant en pays étranger et qui assurera à ces derniers l'assistance morale de la Croix-Rouge des régions où ils résident.

Qu'il me soit permis d'ajouter à cet exposé, dans lequel j'ai tenté de mon mieux d'évoquer l'histoire des Croix-Rouges et leur orientation

actuelle, quelques réflexions suggérées par les rapprochements que chacun peut faire entre l'œuvre de la Croix-Rouge et les buts que nous désirons atteindre, et par les collaborations qui pourraient s'établir entre l'une et l'autre de ces activités.

1° Comme le vœu en a déjà été émis au sein même de nos commissions, il nous paraît de toute importance que des relations soient établies entre les sections nationales de la F. D. I. et les Croix-Rouges de leur pays respectif, afin de coordonner ainsi les efforts accomplis dans le domaine de l'hygiène dentaire : propagande auprès des enfants et des adultes, établissements de cabinets dentaires dans les consultations et dispensaires, etc., je ne puis ici, entrer dans plus de détails.

2° De même que d'autres rapporteurs l'ont signalé et ont été plus à même que moi de développer ce sujet, j'estime qu'il serait d'un avantage incontestable qu'un délégué permanent fût désigné qui serait de façon constante en rapports avec la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, organe de liaison entre toutes les Sociétés nationales, mieux placé que nul autre pour centraliser tous les renseignements et documents émanant des Croix-Rouges et ayant trait à l'hygiène dentaire. C'est là, et j'y insiste, une liaison qu'il s'agit de réaliser sans tarder.

3° Enfin, sans vouloir ouvrir ou rouvrir un débat sur ce sujet, je me permets de signaler encore qu'il serait tout indiqué que les Croix-Rouges, qui préparent déjà dans leurs écoles et leurs hôpitaux modèles l'instruction d'infirmières spécialisées pour les cliniques chirurgicales, les hôpitaux de contagieux, les établissements anti-vénériens et anti-tuberculeux, envisagent également la formation d'infirmières hygiénistes spécialisées dans les services dentaires pour les salles dentaires qui sont actuellement adjointes de plus en plus aux dispensaires et cliniques de Croix-Rouge, et de même les infirmières visiteuses qui visitent à domicile les patients soignés aux dispensaires et leurs familles pourraient être également chargées de signaler les cas de malades pour lesquels une visite au dispensaire dentaire s'impose.

NÉCROLOGIE

Professeur Lecène

On annonce le décès, à l'âge de 51 ans, par suite d'une maladie contractée en opérant un malade, de M. Lecène, professeur à la Faculté de médecine, esprit cultivé, chirurgien éminent. Sa mort est une grosse perte pour la science et la chirurgie.

Rappelons que M. Lecène fut, de 1905 à 1907, professeur de pathologie externe à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous prions sa famille d'accepter nos condoléances.

M. Zamkhoff

Nous apprenons avec regret la mort de M. Michel Zamkhoff, membre de l'A. G. S. D. F., décédé le 9 novembre 1929 dans sa 74e année.

Nous adressons à sa veuve et à sa famille, nos très sincères condoléances.

M. Flamant

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Flamant, de Fontainebleau, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.



Notre confrère M. Joly, de Calais, vient d'être éprouvé par la mort de sa mère, Mme Vve Richard Joly, née Monthuy, survenue le 22 octobre à l'âge de 88 ans.



M. Raymond Favre vient d'être éprouvé par la mort de son beau-père, M. Casimir Delautre, survenue le 20 octobre à 59 ans.

Nous adressons à nos confrères et à leur famille nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Nomination. — Par arrêté du 15 octobre 1929, pris par le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, M. Henri Villain a été nommé Inspecteur départemental de l'Enseignement technique dans le département de la Seine pour une période de 5 années (jusqu'au 1er octobre 1934).

Ecole dentaire de Paris. — Par décision du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole dentaire de Paris du 12 novembre, prise sur la proposition de la Commission d'enseignement, à la suite du concours ouvert, M. le Dr Chenet a été nommé professeur suppléant de prothèse restauratrice avec les félicitations du jury et du Conseil.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris

L'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris aura lieu le mardi 10 décembre 1929, à 8 h. 1/2 du soir, au Siège de la Société, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 10 décembre 1929 ;

2° Correspondance ;

3° Rapport du Secrétaire général ;

4° Rapport du Trésorier ;

5° Remise de médailles à des membres du Corps enseignant ;

6° Election de dix membres du Conseil d'Administration (neuf sortants, un décédé) ;

7° Ecole de prothèse dentaire pour les apprentis et les mécaniciens ;

8° Questions et propositions diverses ;

9° *Membres sortants rééligibles* : MM. Cadic, Eudlitz, Fié, Frinault, Pillière, Solas, L. Viau, G. Villain, Wallis-Davy.

Un membre à élire en remplacement de M. V. E. Miégeville, décédé.

Exposition de Liége. — A l'occasion du centenaire de son indépendance, la Belgique projette pour 1930, entre autres manifestations, une exposition internationale, à Liége, qui comprendra un groupe d'enseignement technique.

L'Ecole dentaire de Paris y prendra part.

Congrès international d'hygiène dentaire. — A l'occasion du centenaire également, l'Association générale des dentistes de Belgique organise, à Bruxelles, un Congrès international d'hygiène dentaire et une Exposition d'hygiène dentaire. Notre confrère, le Dr Watry, est président du Comité exécutif du Congrès et de l'Exposition.

Société dentaire américaine d'Europe. — Le prochain meeting annuel de l'American Dental Society of Europe aura lieu au Négresco Hôtel, Nice, à Pâques, les 21, 22 et 23 avril 1930.

49e ANNÉE. N° 12. 30 DÉCEMBRE 1929 Vol. LXVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

LEÇON INAUGURALE DU COURS

Par le Dr Henri CHENET

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

616.716.8 089.28

Mes chers maîtres,
Mesdames,
Messieurs,
Mes chers amis,

En prenant possession de la chaire de prothèse maxillo-faciale de l'Ecole dentaire de Paris, je ne puis me défendre d'une certaine appréhension devant le lourd héritage qui m'échoit, et devant le rôle difficile qu'il va me falloir remplir.

Aussi, vous suis-je très reconnaissant, mes chers maîtres, mes chers amis, d'avoir bien voulu m'assister à ces débuts, et mes premières paroles seront des paroles de gratitude.

Et personne ici ne sera étonné, mon cher patron, si c'est à vous, tout d'abord, que je m'adresse.

Lorsqu'il y a vingt ans, déjà, vous m'avez accepté, en qualité d'externe des hôpitaux, dans votre service de l'Hôpital Lariboisière, j'étais loin de me douter qu'une collaboration constante nous unirait par des liens que l'amitié, je dirai plus, l'affection ne fait que resserrer chaque jour davantage.

Admirablement conseillé et guidé vers vous par mon ami Jeay, alors professeur à cette Ecole, où je terminais mes études, et près d'y être diplômé, je savais que j'apprendrais à vos côtés, tout ce qui a trait aux accidents d'origine dentaire, ainsi que la chirurgie si spéciale des maxillaires.

Vous étiez le seul chirurgien qui consentit réellement à s'occuper

1. Sous la présidence de M. le Prof. Sebileau.

de ces questions, à connaître le rôle de la dent dans notre organisme et les troubles qu'elle est capable d'y apporter.

Combien de bouches alors, m'avez-vous fait mettre en état, soit pour arrêter des accidents en évolution, soit pour les prévenir, soit en prévision d'une intervention que vous ne vouliez pratiquer que dans un milieu préalablement nettoyé !

A votre Ecole, j'ai appris à diagnostiquer, à traiter les ostéopériostites suppurées, les accidents de dent de sagesse, les ostéophlegmons, les kystes dentaires, qui défilaient si nombreux, qu'en un an, nous voyions plus de cas intéressants que dans toute une existence professionnelle normale ; et, pour chacun de ces cas, nous avions de vous une leçon si claire, si précise, que même ceux de vos élèves qui voulaient uniquement s'adonner à la pratique oto-rhino-laryngologique, comprenaient l'intérêt de ces connaissances, et les répandaient à leur tour.

Mais, si j'ai profité comme les autres de cet enseignement spécial, je puis bien ajouter, mon cher maître, que je vous dois également tout ce que je sais en prothèse maxillo-faciale, ce qui me vaut aujourd'hui la joie et l'honneur de pouvoir l'enseigner à mon tour.

Vous ne m'avez pas appris la prothèse, mais vous m'avez permis de l'apprendre à vos côtés, en me demandant des appareils pour vos blessés, pour vos opérés, discutant, ou critiquant parfois ce que j'avais fait : mais vos critiques bienveillantes étaient le plus souvent des suggestions, dont je profitais : vous n'arrêtiez pas l'élan d'un débutant, bien au contraire, vous le stimuliez, car, en flattant mon amour-propre, vous me poussiez à mieux faire, tout en soutenant ma confiance.

D'un jeune élève, vous faisiez un collaborateur, que vous n'annihiliez jamais par votre supériorité.

C'est, en effet, dans votre service que je fis mes premiers essais en prothèse maxillo-faciale.

Je dois bien avouer que, pendant mes années d'études à cette Ecole, je ne fus pas un assidu aux cours qu'y faisait alors mon illustre prédécesseur Delair.

Et, ceci, je le dis exprès, franchement, aux élèves qui m'écoutent; comprenant mes regrets, ils éviteront, je l'espère, de commettre la même erreur que moi. Que de travail difficile, que d'expériences personnelles manquées, que de déboires, parfois, je me serais évité, si j'avais agi autrement.

Mais je ne me doutais pas alors de l'intérêt que pouvait présenter cette branche de notre spécialité, n'en connaissant que des rudiments, décrits en quelques brèves pages, à la fin de nos manuels de prothèse dentaire : c'était peu, c'était trop peu, et je me rends bien compte aujourd'hui du pourquoi de cette indifférence vis-à-vis de la prothèse restauratrice.

La prothèse restauratrice est une science ardue, difficile à comprendre théoriquement, si l'intérêt suscité par la clinique ne vient pas encourager vos efforts ; mais, la dentisterie opératoire elle-même, serait-elle intéressante théoriquement, si la pratique des soins dentaires ne vous montrait le pourquoi des méthodes que l'on vous décrit ? De même la prothèse dentaire, de même, en fait, tout ce que vous apprenez.

Vous saisirez difficilement l'utilité de tel appareil de fracture, de telle méthode de traitement d'une pseudarthrose, si vous n'en voyez l'application réelle.

Mais si, devant un blessé à la mâchoire fracassée, si devant une mutilation faciale affreuse à voir, l'on vous apprend que c'est à vous à y remédier, que vous seuls, dentistes, pouvez appliquer l'appareillage qui guérira, ou le masque qui cachera, alors, vous vous sentirez grandis par votre rôle et vous voudrez vous rendre capables de le remplir.

Et c'est précisément ce qui m'est arrivé dans votre service, mon cher maître. Je me souviens encore du premier appareil que vous m'avez demandé de faire pour une fracture irréductible de la mâchoire inférieure, que vous deviez opérer sous chloroforme. Et je n'ai pas oublié que cette gouttière, en argent coulé, à laquelle, pourtant, j'avais donné tous mes soins, il nous fut impossible de la placer, et que nous dûmes nous contenter de ligatures dentaires, qui, du reste, donnèrent un résultat satisfaisant. Et cet échec, bien compréhensible, vous l'aviez oublié (ou vous fîtes semblant), à la fracture suivante qui se présenta, et pour laquelle vous me redemandiez un nouvel appareil.

Allais-je me rebuter, alors que vous-même me donniez confiance ?

Et c'est ainsi que, petit à petit, j'améliorai une technique toute nouvelle pour moi, poussé par les cas qui se présentaient sans cesse à votre consultation.

Et durant quatre années consécutives, je vis à peu près toute la gamme des cas possibles de prothèse restauratrice, éprouvant

dans la recherche et dans la réussite, un intérêt et des satisfactions que je m'en voudrais de dissimuler.

Et je ne puis évoquer ce temps heureux qui précéda immédiatement la guerre, sans penser à deux cas, dont l'un eut les honneurs de la célébrité, dans le service, tout au moins où le vieux personnel en parle encore.

C'était un hérédospécifique, jeune cordonnier de son état, et dont le mal avait complètement rongé la pyramide nasale et une portion du maxillaire supérieur, ce qui déterminait, au-dessous d'un trou horrible à voir, un enfoncement également affreux de la lèvre supérieure. Or, le moral de ce mutilé ne correspondait nullement à son état physique, et, avec une réelle et bienheureuse insouciance, il égayait tout le service de ses histoires comiques et de ses réparties.

Comme mes essais de restauration faciale furent assez laborieux à son égard, il séjourna longuement au Pavillon Isambert, où le personnel et les malades qui s'en amusaient l'avaient surnommé Zigomar, nom du héros d'un roman alors en vogue.

Ne trouvant pas esthétiques les nez en argent peint, je voulais trouver autre chose, et finis par fixer mon choix sur le caoutchouc mou, que je peignais avec une dissolution de caoutchouc dans le chloroforme, et teintais avec des poudres de différentes couleurs. Je dois dire que l'effet esthétique immédiat n'était pas mauvais, et que, bien tenu par des lunettes appropriées, ce nez masquait bien la perte de substance. La lèvre cependant restait disgracieuse, à tel point que je fis l'achat d'une moustache postiche, que je fixai sous le nez artificiel. Et le résultat fut parfait. Notre homme retourna à son échoppe, mais, je ne fus pas long à le revoir.

En quelques jours, les manipulations avec des doigts imprégnés de cirage et de cire, avaient transformé la belle prothèse en une masse noirâtre et sale... qu'heureusement je pus restaurer par un lavage au chloroforme et une nouvelle couche de colorant.

Et bien souvent, l'on m'annonçait Zigomar, qui venait faire repeindre son nez..., ou qui avait cassé ses lunettes... ou brûlé ses moustaches en allumant une cigarette. Mais, avec lui, pas moyen de se fâcher ; il prenait les choses si bien, par le bon côté, que force était bien de faire comme lui.

Un jour, pourtant, en arrivant dans le Service, après une courte absence durant les fêtes du 14 Juillet, les infirmières m'annoncèrent notre homme, qui, paraît-il, ne riait plus.

Il était venu déjà la veille, racontant que le soir du 14 Juillet, au milieu des réjouissances nationales, il avait dansé, comme les autres, dans la rue..., mais que, tout d'un coup, le chevalier servant d'une de ses danseuses, le prenant à partie, lui avait décoché sur la face un tel coup de poing, que le pauvre nez, avec les lunettes et les moustaches, avait roulé sur la chaussée, où, dans la foule, il ne fallait pas songer à le ramasser.

Et Zigomar s'était enfui, affolé...

Je pense, du reste, que son adversaire dut bien l'être autant que lui, devant le résultat, pour le moins inattendu de son coup de poing.

Je refis rapidement une autre prothèse, et notre homme retrouva son sourire et sa gaîté.

L'autre cas auquel je faisais allusion tout à l'heure, est celui d'un cancer du larynx, opéré dans le Service, par M. Lemaître.

J'avais vu un tel malade opéré par vous quelques années auparavant, et appareillé par Delair ; et j'avais trouvé admirable ce larynx artificiel, qui permettait à un homme chez qui l'on avait dû faire une laryngectomie totale, de parler, de se faire comprendre autrement que par gestes. Je ne décrirai pas aujourd'hui cette prothèse si belle, à laquelle je reprochais, toutefois, de fatiguer le porteur par l'effort d'expiration qu'elle exigeait de lui, pour produire le son.

Ne doutant de rien, ni de moi, je ne voulais pas copier, mais modifier, pour améliorer, si possible cet appareil.

Que d'heures passées à l'établi de prothèse, que de tentatives infructueuses, qui durèrent des mois, avant d'arriver à transmettre le son d'un petit diapason tubulaire, intercalé entre la canule trachéale et l'appareil buccal, de la trachée à la bouche.

Peu à peu, je sentais le résultat approcher, et l'opéré aussi, qui suivait anxieusement mes expériences.

Un jour, enfin, j'osai lui annoncer qu'après une dernière modification que j'allais faire, il pourrait parler avec son appareil, et nous prîmes rendez-vous pour un soir prochain.

Je ne saurai dire qui de nous deux, au moment de l'ultime essai, était le plus ému..., mais, quand, après avoir placé toutes les pièces, et expliqué leur maniement à ce pauvre mutilé de la parole, je lui dis « Pouvez-vous parler ? », et qu'il s'entendit, et que je l'entendis me répondre : « Oui, Docteur », je vis perler à ses yeux des larmes de joie, et j'étais bien heureux aussi.

Malheureusement, nous étions à la fin de juillet 1914... Je n'ai jamais revu cet homme, pas plus que le pauvre Zigomar.

La guerre, en effet, nous surprenant en plein travail, et faisant de moi le médecin d'une compagnie du génie, arrêta net mes travaux de prothèse restauratrice.

Elle ne les arrêta que quinze mois, durant lesquels, de temps en temps, un mot affectueux de vous, venait au front, tout près de Reims, me dire que vous travailliez dur à Paris, et que l'on y avait besoin de prothésistes.

Or, au début de décembre 1915, un ordre m'arrivait, auquel je ne m'attendais guère, m'enjoignant de partir immédiatement pour Rennes, créer, avec mon ami, le Dr Jean Rouget, comme chirurgien, le Centre de prothèse maxillo-faciale, de la 10e région.

Et ce Centre de 400 lits, émané de vous, car c'était vous qui aviez imposé le choix au ministre, se mit à fonctionner, moins d'un mois après, avec intensité, suivant vos méthodes, vos techniques, car, c'est vers vous que nous allions quand un cas nous embarrassait, et que nous voulions un conseil.

Sur les travaux de ce Centre, je n'insisterai pas ce soir. J'aurai trop l'occasion d'y revenir par la suite : nous y traitâmes, en effet, un tel nombre de blessés, qu'à la description d'une quelconque lésion de la face ou des maxillaires, je crois que je pourrais toujours trouver une équivalence dans mes souvenirs de là-bas.

Dix-huit mois durant, nous y avons mis en pratique la collaboration intime du chirurgien et du prothésiste, ce qui, je vous le montrerai dans un instant, est la condition primordiale de la réussite dans cette spécialité.

Puis le roulement normal des médecins pour le front me fit renvoyer aux armées, où, jusqu'à la fin de la guerre, avec une ou deux voitures de stomatologie, je dirigeai le Centre dentaire de la 5e Armée.

A la fin de janvier 1919, enfin, mon cher maître, l'Armée me renvoya vers vous, qui me confiiez les services de prothèse restauratrice du Collège Chaptal, de l'Hôpital 232, et de l'Hôpital 303. Et ma collaboration reprit, auprès de vous, comme autrefois, mais avec une expérience mûrie auprès de centaines et de centaines de souffrances humaines que la guerre avait engendrées.

Et depuis, nous n'avons pas cessé une minute de travailler ensemble : en effet, lorsque nous eûmes vidé les hôpitaux militaires

des plus graves de nos pauvres « Gueules cassées », dont je salue respectueusement, le Colonel Picot, président de leur Association, qui m'a fait l'honneur et l'amitié d'assister à cette leçon inaugurale, d'accord avec l'Ecole dentaire de Paris, vous avez créé, dans votre Service de Lariboisière, un Centre de prothèse restauratrice, à moi confié, et vers lequel affluent les fractures de tous les hôpitaux de Paris et même d'ailleurs, car, il faut bien le dire, la terrible leçon de la guerre a porté peu de fruits..., et la plupart des chirurgiens ignorent encore toutes les ressources de notre art, et ses énormes possibilités.

A vous, mon cher patron, je dois donc tout ce que je suis. Et, si je me suis permis, en ce premier cours, de parler tellement de moi, c'est que ce m'était une occasion de dire ce que vous avez fait pour moi, et de vous en exprimer publiquement ma profonde reconnaissance.

A mes maîtres de l'Ecole dentaire de Paris, également, je dirai toute ma gratitude.

Entré ici comme élève, jeune étudiant en médecine, il y a plus de vingt et un ans, j'y ai trouvé, dès le début, la sympathie la plus accueillante, et les conseils les plus éclairés.

A mon maître et ami Jeay, qui me dirigea si bien, par affection pour mon père qui l'avait dirigé lui-même, au souvenir ému de mes maîtres Godon, Martinier, Miégeville, à vous tous, Messieurs Blatter, Roy, Frey, Villain, Solas, à mon prédécesseur et ami Louis Ruppe, qui a si aimablement mis à ma disposition son énorme documentation personnelle, pour m'aider à établir ce cours, à tous les membres du corps enseignant de cette Ecole, j'adresse de chaleureux remerciements. Vous m'avez fait l'honneur de m'appeler parmi vous. Croyez que je ferai de mon côté ce qui sera en mon pouvoir pour me montrer digne et de votre confiance et de votre amitié.



La prothèse restauratrice n'est pas une science nouvelle, puisque déjà en 1546, Ambroise Paré disait qu'elle est formée par « *l'ensemble des moyens et artifices d'adiouster ce qui défaut naturellement ou par accident* ». Il avait peu de confiance dans les restaurations organiques, « *pour la raison qu'une partie de notre corps, pour être rejointe et consolidée, a besoin de recevoir nourriture, vie et sentiment des membres principaux au contraire des greffes qui se reprennent*

aux troncs des arbres. » *C'est pourquoi*, ajoutait-il, « *il faut que celui qui a perdu son nez en fasse faire un par artifice, soit d'or ou d'argent, ou de papier et linge collez, de telle figueur et couleur qu'était le sien* ».

Vous pensez bien que la technique a quelque peu changé depuis cette lointaine époque, mais les principes généraux sont restés les mêmes, et, l'asepsie, d'une part, l'anesthésie, d'autre part, ont ouvert un champ énorme à l'activité chirurgico-prothétique, qui est encore aujourd'hui en pleine évolution.

Sans nous étendre sur la partie historique de cette science sur laquelle nous aurons à revenir au cours des leçons ultérieures, à l'occasion des descriptions des divers appareils, je tiens cependant à rendre un hommage rapide à ceux qui nous ont précédés, et cela, d'autant plus volontiers, que, suivant l'expression de Delabarre « la France fut le berceau de la prothèse maxillo-faciale ».

Jusqu'en 1828, avec ses Fauchard, Bourdet, Lemaire, Gariot, Baume, Jourdan, Delabarre, la France fut la seule à fournir des artistes en prothèse à toute l'Europe.

De 1828 à 1860, par suite du défaut de collaboration entre le chirurgien et le prothésiste, les progrès s'arrêtent et il nous faut arriver à Préterre, qui, en réalisant cette collaboration, ouvre une ère féconde, à la prothèse maxillo-faciale.

Et c'est encore la France qui reprend la tête du mouvement avec Delalain, Gaillard, Martinier, Michaels, pour ne citer que les disparus, et les deux grands maîtres, à qui nous devons tant, Claude Martin, à Lyon et Delair, à Paris.

Ces prothésistes, avec des chirurgiens comme Péan, Ollier, Létiévant, Poncet, Jaboulay, imités peu après par Després, Terrier, Berger, Delorme, Chaput, Vautrin, essayèrent de 1875 à 1890, ce que je vous décrirai plus tard sous le nom de prothèse interne. Mais, cela se passait avant l'ère de la chirurgie aseptique, à une époque où l'antisepsie n'arrivait pas à stériliser les objets employés en chirurgie : aussi, les résultats qui n'étaient pas immédiatement mauvais, le devenaient-ils bientôt, et la charpente artificielle incluse dans les tissus, au bout de quelques semaines, quelquefois même après plusieurs mois, s'éliminait, laissant en séquelles des cicatrices déplorables.

Et ces échecs alimentèrent le véritable réquisitoire qu'en 1894, Chauvel dressa contre la prothèse, devant l'Académie de Médecine,

arrêtant net les progrès de cette science qui ne reprit son évolution que grâce à la foi que mit en elle notre maître Sebileau.

En 1903, en effet, mon cher maître, présentant à la Société de chirurgie, votre première opération de prothèse crânienne, réalisée avec l'assistance de Delair, vous ne vous laissiez pas décourager par le scepticisme de la plupart de vos collègues qui vous firent redouter, pour une période indéterminée, mais qu'ils paraissaient ne pas juger très éloignée, la chute par ostéite raréfiante de l'appareil qui avait été placé.

En 1910, en effet, vous pouviez leur présenter trois opérés, qui, le premier depuis sept ans, le second depuis cinq ans, le troisième depuis quelques mois, portaient, inclus sous les téguments et fixé sur le squelette du crâne, un appareil de prothèse métallique.

Dans votre Service de Lariboisière, dans votre Laboratoire de Clamart, la prothèse était à l'ordre du jour, et Georges Lemerle, en 1907, put résumer le résultat d'expériences des plus intéressantes, d'incarcération prolongée de fragments de métal dans la profondeur des tissus, en une thèse remarquable sur la prothèse interne.

A part quelques cas isolés où la collaboration s'était établie en de timides essais, entre chirurgiens et prothésistes il n'y avait donc que mon maître Sebileau qui, depuis longtemps déjà, avait jugé combien indispensable était cette collaboration et l'avait mise en pratique dans son Service de Lariboisière.

Rouvillois, Joubert et Raynal (1910), Savariaud (1912), l'imitèrent, mais il faut bien le dire, la chirurgie boudait à la prothèse.

Et nous arrivons ainsi en 1914.

La prothèse maxillo-faciale, qui aurait bien eu ses prothésistes, n'avait pas ses chirurgiens.

Aussi les résultats du début de la guerre furent-ils le plus souvent déplorables, et bien des mutilés de la face et des maxillaires doivent à cette non-préparation d'être encore aujourd'hui des infirmes.

La chirurgie faciale ne manquait pas d'artistes merveilleux, qui savaient tailler des lambeaux, faire des sutures invisibles, mais cette chirurgie, qui, dans bien des cas suffisait aux besoins du temps de paix, se montra désarmée devant ces atroces mutilations, qui, à la place d'un visage, ne laissaient souvent qu'un trou béant, sans squelette, et où deux pauvres yeux, parfois intacts, imploraient une réfection impossible.

Les lésions tégumentaires sont peu de chose, surtout, et c'était le cas en temps de guerre, quand elles se présentent sur un individu jeune, sain, en pleine activité physiologique.

Mais, ce qui caractérise les blessures de guerre, ce sont précisément les lésions squelettiques, ces pertes de substance, parfois considérables, qui modifient totalement l'anatomie faciale et les rapports entre eux des maxillaires ; et, pour traiter ces blessures, il ne suffisait pas de suturer des plaies : il fallait leur donner un soutien, refaire un squelette, redonner une forme à ce qui n'en avait plus.

Et la prothèse seule pouvait cela.

Et force fut bien de le reconnaître, et tous les reconnurent, les chirurgiens, les Chefs du Service de Santé, les pouvoirs publics..., mais, quelle perte de temps pour organiser alors ce qui aurait dû l'être avant.

Et ici, je tiens à dire hautement le rôle magnifique du dentiste à ces débuts difficiles de la guerre, et plus particulièrement le rôle de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, le rôle du corps enseignant de cette Ecole, qui, sachant bien ce qui allait se produire, se mit immédiatement à l'œuvre.

Le 5 août 1914, alors que tout ici se trouvait désorganisé, par le brusque départ de presque tous ses membres, la Société de l'Ecole dentaire de Paris, sur la proposition de mon regretté maître Paul Martinier, créait un Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face.

Ce Comité, composé de MM. Godon, Roy, G. Viau, H. Villain, Martinier, d'Argent, Bioux décida que l'Ecole, outre la continuation des soins aux indigents, prendrait entièrement à sa charge, le traitement et l'appareillage de tous les blessés de la face et des maxillaires qui lui seraient adressés ou qui se présenteraient à ses consultations : il proposait en même temps à tous les services chirurgicaux des formations sanitaires du camp retranché de Paris, d'envoyer sur place un membre du Comité, traiter tous les blessés ayant besoin d'un appareillage maxillo-facial, et que leur état empêchait de se déplacer.

Ce Service, considérable, entra immédiatement en activité.

En octobre 1914, la Société de l'Ecole organise en plus un Dispensaire militaire qui, avec les Services complémentaires ouverts par la suite, devient une annexe du Val-de-Grâce, sous le nom de V. G. 45 d'abord, puis de V. G. 88.

Dans ces diverses organisations, la Société de l'Ecole a, au cours

de la guerre, traité 71.643 *militaires*, représentant 318.911 *visites* ; elle a pratiqué 906.601 *opérations*, et placé 29.888 *appareils*.

Et ce travail magnifique de vos maîtres, de vos aînés, jeunes élèves qui m'écoutez, je voulais que vous le connaissiez : cela ne vous prouve pas seulement l'élan de leur dévouement, mais aussi la continuité de leur effort : et cela vous prouve également le rôle primordial du dentiste en prothèse maxillo-faciale, et la nécessité pour lui d'en connaître les ressources et les procédés.

Mais, puisque nous en sommes à l'historique de cette science, suivons-en l'évolution au cours de la guerre.

Je vous parlais du rôle des dentistes...

Malheureusement, ces derniers, au point de vue du Service de Santé, n'étaient même pas reconnus : infirmiers dans des régiments, ou simples soldats, ils ne pouvaient qu'exceptionnellement exercer leur art.

Dans un Centre comme ici, où les non mobilisés volontaires formaient un noyau assez important, le traitement d'un assez grand nombre de blessés maxillo-faciaux pouvait être effectué, mais, dans toutes les formations secondaires de province, aux armées, qu'y avait-il ? Rien ou presque. Et il fallut toute la persévérance de notre cher Président Directeur Blatter, qui ne ménagea ni son temps, ni sa force de persuasion, pour obtenir des pouvoirs publics, la reconnaissance de l'utilité du dentiste, par des décrets ministériels de Février et de Mars 1916 (seulement), signés Lacaze et Justin Godart.

Et c'est enfin en grande partie aux efforts de notre Directeur Georges Villain, que le Service de Santé consentit à créer des Centres spéciaux dans les vingt régions du territoire, où nos blessés de la face et des maxillaires purent enfin recevoir les soins que nécessitait leur état.

Vous pourrez juger de l'utilité de ces Centres, et du rôle important qu'ils furent appelés à jouer, quand je vous dirai qu'ils eurent à traiter 40.000 *blessés* dont la moitié furent récupérés par le service armé.

De ces Centres, enfin conçus rationnellement, sous la direction égale d'un chirurgien et d'un prothésiste, la restauration maxillo-faciale put enfin prendre son essor. Ce qu'elle devint, les travaux innombrables qu'elle suscita, je vous les montrerai par la suite, en les discutant devant vous.

Mais nous pouvons dire qu'à la fin de la guerre, nous étions enfin

outillés, nous avions enfin une organisation parfaite, un personnel de dentistes et de mécaniciens absolument rompu aux techniques spéciales ; au front, des équipes volantes pouvaient soulager presqu'immédiatement nos plus graves blessés de la face et des mâchoires : une ère magnifique semblait devoir s'ouvrir à cette spécialité : la chirurgie et la prothèse qui s'étaient unies et appréciées mutuellement, semblaient devoir continuer une œuvre commune pour le plus grand bien des blessés... Hélas... Ce beau rêve s'est écroulé.

A part certaines associations chirurgien-prothésiste, qui ont subsisté, dans la plupart des Centres, le chirurgien est retourné à ses anciens errements, le prothésiste à la seule prothèse dentaire. Dans mon Service de Lariboisière, où je reçois des blessés de toute la France, je constate journellement le fait, et les résultats navrants qui en découlent.

A quoi faut-il attribuer cela ? A la difficulté de la technique ? Tous les dentistes qui, pendant la guerre furent appelés à faire de la prothèse maxillo-faciale, la firent, et la firent bien. A la rareté relative des cas à traiter, qui fait que l'entraînement se perd ? Il y a certes un peu de cette cause, mais, à mon avis, la désaffection vis-à-vis de la prothèse maxillo-faciale provient surtout de la dualité forcée de son action chirurgicale et prothétique.

A l'encontre de la prothèse restauratrice des membres, qui peut être effectuée par des fabricants d'appareils (dont certains sont de véritables artistes et ingénieurs), sur des moignons absolument guéris, la prothèse maxillo-faciale, elle, entre en œuvre, ou doit entrer en œuvre le plus tôt possible après l'accident qui a déterminé la blessure, ou au cours même de l'intervention chirurgicale qui détermine une perte de substance.

La prothèse maxillo-faciale ne se contente pas de remplacer ce qui a été détruit : son rôle est de diriger la consolidation osseuse et la cicatrisation musculaire et tégumentaire soit vers le retour *ad integrum* des organes lésés, soit vers un appareillage définitif qui soit compatible avec la fonction de ces organes.

Les 3/4 des travaux de prothèse maxillo-faciale s'adressent aux lésions du maxillaire inférieur : fractures avec ou sans perte de substance osseuse, ablation chirurgicale pour nécrose ou tumeur.

Le rôle du praticien qui doit traiter ces lésions, ressemble en somme à celui du chirurgien orthopédiste, qui traitera une lésion osseuse d'une jambe, par exemple.

Mais alors que, dans un pareil cas, mettons après le redressement d'un pied bot, le chirurgien complète l'acte chirurgical par la pose immédiate d'un appareil plâtré ou silicaté qu'il confectionne lui-même, sur un malade qui gardera un repos absolu, dont le membre opéré pourra être maintenu en état d'immobilité complète, dans un cas de lésion du maxillaire inférieur, au contraire, l'acte chirurgical est extrêmement limité, parfois même il est nul, et l'application d'un appareil ne peut être pratiquée que par un dentiste qualifié.

Le maxillaire inférieur a un rôle physiologique capital : la mastication, la phonation, sans parler de l'esthétique sont absolument subordonnées à son intégrité.

Or, de par les actions musculaires, qui déterminent les mouvements si variés et si complexes, d'ouverture, de fermeture, de la bouche, de propulsion, de latéralité, qui permettent aux dents, agissant comme des meules, par rapport aux dents du maxillaire supérieur, de broyer les aliments, de par ces actions musculaires, dis-je, qui maintiennent le maxillaire normal en équilibre, des déviations minimes ou considérables se produiront sitôt qu'une cause quelconque aura déterminé une solution de continuité osseuse.

Or, la déviation la plus minime entrave absolument l'acte physiologique de la mastication : les dents du maxillaire inférieur présentent avec celles du maxillaire supérieur, ce que l'on appelle l'articulé dentaire ; les cuspides des unes sont faites pour se placer dans les sillons des autres, comme deux roues dentées qui s'engrènent absolument.

Qu'une fracture détermine l'élévation d'un fragment du maxillaire qui supporte des dents, ou une déviation vers la langue, ou un chevauchement avec le fragment du côté opposé, et vous comprenez facilement que l'articulé dentaire n'existe plus : la mastication devient impossible, et parfois même la simple fermeture de la bouche, par suite du contact prématuré de deux dents, qui crée ce que l'on appelle la béance.

Que peut alors le chirurgien ? Il ne peut être question de plâtrer le maxillaire comme on plâtre un membre fracturé. Il faut d'abord réduire cette fracture ; c'est-à-dire ramener les fragments en bonne position, rétablir l'articulé puis l'immobiliser.

L'on préconisait autrefois la suture osseuse. Mais, si l'on peut faire une suture osseuse aseptiquement sur un membre, comment voulez-vous que l'on fasse ainsi dans la bouche, où la salive coule

sans cesse, porteuse de microbes, et souillant le foyer, car la muqueuse buccale est mince, et toujours la fracture du maxillaire inférieur est une fracture ouverte. La suture osseuse voue le malade à l'infection, à la suppuration, et la plupart du temps, à la pseudarthrose néfaste. Elle ne devrait jamais plus être pratiquée de nos jours. A plus forte raison si la fracture s'accompagne d'une perte de substance, car alors, en suturant les deux moignons, en les rapprochant, on donne à la mâchoire inférieure la forme de la mâchoire de serpent, et l'on crée une infirmité permanente atroce pour le blessé.

Il n'y a qu'un traitement rationnel des fractures du maxillaire inférieur, le traitement prothétique.

Je vous décrirai dans les leçons suivantes, tous les appareils que l'on peut être appelé à appliquer, car ces appareils varient, non seulement avec le siège de la fracture ; une fracture médiane, une fracture latérale, une fracture angulaire, une fracture de la branche montante, une fracture sous-condylienne ne se traitent pas de la même façon ; les appareils varient encore suivant que la fracture s'accompagne ou non d'une perte de substance, suivant le siège de cette perte de substance, suivant son étendue : ils varient aussi suivant la denture du blessé, suivant qu'un fragment ou que les deux fragments sont édentés. Vous voyez quelle diversité infinie peuvent présenter tous ces appareillages. Et qui, autre que le dentiste serait capable de les pratiquer ? Lui seul connaît les lois de l'occlusion et de l'articulation dentaire, lui seul a la pratique des prises d'empreintes en bouche ; c'est lui qui, les utilisant pour la prothèse dentaire, possède le matériel, les matières premières nécessaires pour la confection délicate de ces appareils, et qui enfin, par son habitude du travail en bouche, est seul capable de les placer, où et comme il convient.

Et ne croyez pas que le chirurgien n'ait pas également son rôle à remplir.

Si la fracture proprement dite relève uniquement du dentiste, le chirurgien, lui, doit s'occuper des autres lésions concomitantes : le traumatisme qui a déterminé cette fracture, peut en avoir déterminé d'autres, au niveau des membres : les parties molles sont souvent lésées, des sutures sont à faire, des injections antitétaniques, de sérum, des nettoyages de plaies, des débridements, des ligatures de vaisseaux, etc... La surveillance de l'état général, souvent ébranlé

chez les grands blessés, sort du rôle du dentiste, et la collaboration absolument intime des deux praticiens, est la condition primordiale de la guérison à obtenir.

Il ne doit y avoir entre le chirurgien et le prothésiste aucune question de susceptibilité, disons le mot, de jalousie qui entrave l'action commune, et dont souffrirait le blessé.

Et à ce sujet, je ne puis mieux faire que citer la conclusion de l'admirable leçon que vous fîtes ici-même, mon cher maître, en pleine guerre, au Congrès dentaire interallié de 1916, sur les fractures balistiques de la mâchoire inférieure.

« *C'est par une collaboration constante*, disiez-vous, *qui s'étend des premières heures qui suivent le traumatisme, jusqu'au jour où le blessé, guéri et apte à mastiquer, revient à l'armée, ou bien, guéri et mutilé, retourne à son foyer, c'est, dis-je, par une collaboration de tous les instants, une collaboration subintrante, que le chirurgien et le prothésiste peuvent mener à bien la tâche difficile qui leur incombe. Rien n'est plus facile que ce travail en commun, quand on est mû par le même désir de bien faire, et par le même amour du malade.*

» *Comme l'art de guérir est beau quand le guérisseur s'oublie au profit de celui qu'il guérit. Et comme le guérisseur est sage, quand il se rappelle les sages avertissements que donnait le peintre Apelle à son cordonnier* : « *Cordonnier, reste à ta chaussure.* »

Et ces vérités, accueillies d'enthousiasme par tous ceux qui les applaudirent en 1916, pourquoi sont-elles méconnues aujourd'hui ? Pourquoi recevons-nous à Lariboisière ou en clientèle des blessés consolidés en position vicieuse, venant pourtant de villes où des chirurgiens éminents voisinent avec des dentistes compétents ? Pourquoi voyons-nous venir à nous des blessés mutilés par des sutures osseuses malencontreuses et d'un autre âge ?

Parce que la collaboration ne se pratique pas comme elle le devrait, parce qu'il n'y a aucune liaison entre le chirurgien et le dentiste. Le chirurgien général ignore nos procédés, et les ressources innombrables de la prothèse maxillo-faciale. Nos travaux, nos communications restent trop entre nous, ne sortent pas assez du milieu purement odontologique : les traités de pathologie externe, dans lesquels travaillent les jeunes étudiants en médecine mentionnent à peine nos méthodes.

Et devant une fracture de mâchoire, de deux choses l'une : ou le chirurgien la traite seul, et la traite mal, ou il l'adresse à un

dentiste, et s'en désintéresse complètement. Mais, le dentiste ne tient pas le plus souvent à ce don d'un traitement trop lourd pour lui de responsabilités.

Que fera-t-il, si le blessé fait une hémorragie de la dentaire inférieure, de la faciale, de la linguale, de la carotide externe, même ? Que fera-t-il devant des complications infectieuses étendues ?

Et son refus de soigner de tels cas est un peu excusable.

Mais alors, le blessé, errant du chirurgien au dentiste, et inversement, subit les tristes conséquences d'un état de choses qu'il sera difficile de modifier.

Cette difficulté ne nous rebutera pas, au contraire.

Et, puisque l'on m'a fait l'honneur de me confier cette chaire de prothèse maxillo-faciale, et la direction des services cliniques qu'elle comporte, je veux que les jeunes générations d'élèves sachent ce qu'est cette science capitale et qu'ils soient capables, tous capables de l'appliquer.

Nos méthodes s'étendront peu à peu en dehors du milieu purement odontologique, et nous ferons tout pour qu'elles atteignent les jeunes générations de chirurgiens qui comprendront leur rôle sans négliger le nôtre.

Mais encore faut-il que le jour où, devant un cas de fracture de mâchoire, ils appelleront le dentiste, ce dentiste, quel qu'il soit, puisse tout au moins faire un appareil d'urgence, et placer l'attelle de contention indiquée.

Je vous parle surtout des fractures des maxillaires, c'est que, je vous le disais il y a un instant, ce sont les cas que nous rencontrons le plus souvent dans notre pratique courante. Ce sont aussi les cas qui ne souffrent aucun retard dans l'exécution du traitement prothétique, et dont l'imprévu ne doit jamais nous prendre au dépourvu. Nous devons toujours avoir, tout prêt, notre matériel d'immobilisation des fractures, et pouvoir, dès l'accident, faire le nécessaire.

Mais ceci n'est absolument qu'un minimum, et là ne se borne pas l'action du prothésiste maxillo-facial.

Vous pouvez avoir des lésions anciennes à appareiller : des pseudarthroses de la mâchoire inférieure, dues à une non-consolidation de fracture, ou à une perte de substance osseuse.

Ces pertes de substance osseuse, vous pouvez les voir se produire dans votre cabinet de dentiste, à la suite d'accidents de dent de sagesse, d'ostéophlegmons graves, de kystes dentaires.

Je vous montrerai des cas, tels ceux que j'ai eu l'occasion de présenter au dernier Congrès du Havre, où des accidents de cette nature avaient produit des éliminations osseuses considérables : toute une branche montante, tout un angle de mâchoire, la totalité même du maxillaire inférieur, et pour lesquels une prothèse appropriée permit une régénération osseuse d'origine périostique telle que l'on ne peut plus soupçonner chez ces malades, l'accident très grave qu'ils ont eu.

Vous pourrez rencontrer également des divisions congénitales du voile, de ces gueules de loup absolument inopérables, et chez lesquelles la prothèse rend de si grands services.

Avec le chirurgien vous devez pouvoir soutenir des lambeaux pour des réfections des joues, des lèvres, du menton : vous devez pouvoir maintenir les tissus, le globe oculaire, après une résection de mâchoire supérieure, ou le fragment de mâchoire inférieure restant, après une hémi-résection.

Vous devez pouvoir masquer une perte de substance nasale inopérable ; et, ne croyez pas que cela sorte de votre domaine, car, vous le verrez quand nous décrirons ces prothèses, leur maintien se fait le plus souvent sur l'arcade dentaire supérieure.

Et le larynx artificiel même, dont je vous parlais, est de votre spécialité, car, c'est par une pièce tenant sur les dents que l'air, venant de la trachée à la bouche, produit le son qui, modifié par les lèvres et la langue, permet la phonation chez les opérés du larynx.

Certes, ce ne sont pas des prothèses que vous aurez à faire tous les jours..., vous resterez peut-être des années sans en faire. Est-ce une raison pour ignorer leur technique ? Pour, le jour où un cas se présentera, être forcé d'avouer votre ignorance et de laisser un malheureux sans soins ?

Vous devez connaître ces prothèses, vous devez pouvoir les exécuter.

Et c'est cela que je veux obtenir de vous.

Et ce cours, bien qu'intitulé théorique, je veux qu'il soit avant tout pratique ; je passerai très vite sur les anciennes méthodes abandonnées aujourd'hui, en vous disant pourquoi elles l'ont été, et pourquoi telle évolution s'est produite.

Pour chaque cas, je tâcherai de vous trouver un exemple clinique, et cela ne me sera pas difficile parmi la masse des mutilés, que j'ai traités, et que je traite journellement.

Et le cas, prenant en quelque sorte vie devant vous, vous comprendrez combien le rôle du prothésiste maxillo-facial est beau, combien il est humain.

En consolidant une fracture du maxillaire inférieur, ou supérieur en bonne position, en guérissant une constriction permanente des mâchoires, nous permettons au blessé de mastiquer, de vivre normalement.

En redressant une fracture du nez, nous supprimons une difformité toujours gênante. Ce sont là, certes, les cas les plus fréquents que vous rencontrerez : et leur gravité pourra vous paraître atténuée, parce que la fréquence donne parfois l'illusion de la banalité.

Mais, quand vous verrez de ces pertes de substance étendues des maxillaires, de ces pauvres faces sans menton, sans nez, vous comprendrez que votre rôle est autant moral que physique.

Si vous saviez comme la mutilation faciale est une atroce chose...

Ne plus pouvoir mastiquer, être condamné à vivre de purées et de hachis toute une vie... passe encore... Mais, se sentir objet de répulsion, voir les passants se détourner quand vous passez... quelle douleur morale ajoutée aux souffrances physiques. Et, comme elle est angoissante, cette question d'une pauvre « gueule cassée » à M. Justin Godart : « Dites-moi... est-ce que je ferai peur aux petits enfants ? »

Et ne croyez pas que ces cas soient exceptionnels.

Certes, la guerre nous en a donné un pourcentage considérable, mais, même en temps de paix, les trois grands maux, tuberculose, syphilis, cancer, en fournissent encore un contingent trop important.

Je vous ai cité en débutant, deux cas de restauration : un nez, un larynx, que j'avais dû faire, il y a bien longtemps déjà. Et si je n'eus pas à faire de nouveaux larynx, par contre, mes prothèses nasales furent assez fréquentes. Loin de moi l'idée de faire à leur sujet une tirade qui serait déplacée et fastidieuse, et si je veux vous citer un nouveau cas personnel, c'est qu'il me permettra d'en tirer pour vous un enseignement utile.

Je reçus un jour à mon cabinet la visite d'un patient, qui, dès l'abord, me demanda si je me chargerais d'une restauration nasale. Sur ma réponse affirmative, et souriant au regard interrogateur que, malgré moi, j'avais dû lancer vers son appendice nasal, il reprit : « Non, Docteur, ce n'est pas pour moi : c'est pour un de mes amis, qui m'écrit à ce sujet : le nez a dû lui être enlevé par un chirurgien,

pour tumeur, et, comme la vie lui est intolérable ainsi, comme il a besoin de travailler pour vivre, et qu'il ne le peut avec une telle mutilation, il me supplie de m'occuper de lui, car il est homme à se suicider si...

— Amenez-le-moi...

— C'est qu'il habite trop loin, il ne pourrait pas faire les frais d'un tel voyage.

— Où donc habite-t-il... ?

— A la Guadeloupe.

— Et personne, là-bas, n'est capable ?

— Personne... il a cherché, demandé... personne.

Eh bien, j'ai fait cette prothèse...

J'envoyai une longue note explicative, sur la façon de prendre un moulage facial, lequel me fut adressé quelque temps après par le Docteur de là-bas, qui y parvint parfaitement sur mes indications.

D'après une photographie du malade, avec sa lésion, et sur son moulage, je fis une série de prothèses en cellulose et en pâte gélatineuse teintées,que j'envoyai à la Guadeloupe, pour essais. L'homme n'était pas nègre : mais il fallait harmoniser sa prothèse à la teinte de sa peau. Je lui écrivais de me réadresser les prothèses qui iraient le mieux, en me disant quelles modifications il fallait encore y apporter. Et, comme dans la vie, le comique se mêle toujours au tragique, un beau jour, je reçus un avis de la poste, m'invitant à me rendre au plus tôt au Bureau de la rue du Louvre, Service de la Douane.

J'y allai, me demandant, sans comprendre, la raison de cette convocation.

Or, un douanier, à qui je la présentai, disparut puis revint quelques instants après, l'air soupçonneux, une petite caisse à la main...

« Qu'est-ce qu'il y a là-dedans, fit-il. » Je regardai la provenance, et, voyant le timbre de la Guadeloupe, je m'écriai : « Ce sont mes nez. . » — « Des nez ?... » — « Vous allez voir. »

Et je défis le colis.

Bien calés sur du coton blanc, plusieurs nez, en pâte molle et de teinte absolument identique à celle de la peau, apparurent aux yeux affolés de l'enquêteur qui, sans demander d'autres explications, me cria : « C'est bien... c'est bien... emportez... »

Il a dû échafauder tout un drame, qu'il a heureusement gardé pour lui, car je n'ai pas été convoqué à la police judiciaire.

Or, le malade avait choisi les nez en cellulose, car la chaleur tro-

picale désagrégeait la pâte gélatineuse, et il m'écrivit pour me dire combien il était heureux, et m'exprimer sa reconnaissance.

Je vous ai raconté cette histoire, parce qu'elle illustre des quantités et des quantités d'histoires semblables.

Dans le plus petit village, comme dans la plus lointaine colonie, un chien peut arracher toute une oreille à un pauvre enfant, comme je le vis l'an passé. La pratique des sports, et en particulier de l'automobile, la chasse causent des accidents graves, de plus en plus nombreux. Les brûlures étendues de la face, avec leurs cicatrices rétractiles sont fréquentes ; les accidents industriels mutilent l'ouvrier comme l'obus mutilait le soldat. Les malformations congénitales (j'ai vu une enfant sans langue à la naissance), les becs-de-lièvre, les divisions vélo-palatines ne sont pas rares, et si la chirurgie faciale peut beaucoup, peut énormément, elle ne peut pas tout.

Et notre rôle reste énorme, car toutes ces restaurations, nous seuls pouvons les effectuer : nous devons donc les effectuer.

Le mal frappe dans tous les milieux, dans tous les pays, sous toutes les latitudes.

Or, la prothèse maxillo-faciale est forcément onéreuse par elle-même : elle nécessite des recherches, des essais, des travaux de laboratoire longs et difficultueux. Les métaux précieux doivent souvent être employés pour la confection des appareils.

Le mutilé, qui a le plus souvent subi les frais de la maladie causale, une invalidité déjà longue, supporterait encore bien ceux de la restauration, mais, s'il y faut ajouter ceux d'un déplacement lointain, d'un séjour prolongé près du prothésiste, il ne peut souvent y subvenir, et devient un misérable déchet de l'humanité.

Et cela, parce que, dans la région où il se trouve, personne ne serait capable de le secourir. A la Guadeloupe, passe encore. Mais, en France... A notre époque... ?

Au point de vue social, au point de vue moral, est-ce admissible ?

Poser cette question, c'est y répondre..., et nous la résoudrons... ensemble.

DU TRAITEMENT DES ABCÈS ET FISTULES D'ORIGINE DENTAIRE PAL LE BACTÉRIOPHAGE DE D'HÉRELLE

Par R. MORIN.

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'odontologie, 5 novembre 1929).

616.314 002.3

Les résultats que j'ai l'honneur de vous exposer aujourd'hui sont dus à une thérapeutique biologique nouvelle : la bactériophagie provoquée.

Devant les succès obtenus en médecine générale dans le traitement des furoncles, anthrax, phlegmons, nous avons pensé appliquer cette thérapeutique au traitement des abcès et fistules d'origine dentaire.

Avant de vous mentionner les observations cliniques qui font l'objet de cette communication, permettez-moi de vous rappeler brièvement l'origine de la découverte du bactériophage, sa nature, son mode d'action.

En 1917, d'Hérelle constata que les selles d'un convalescent de dysenterie bacillaire, émulsionnées dans du bouillon et filtrées sur bougie, contenaient un principe possédant la propriété de lyser, de dissoudre une émulsion de bacilles de Shiga.

Le lysat obtenu, ajouté en très faible proportion à une autre émulsion des mêmes bacilles, provoquait encore la dissolution des microbes, et on pouvait produire le même phénomène ainsi indéfiniment avec une trace du lysat précédent.

Le principe destructeur, loin de s'atténuer, augmentait au contraire de puissance et arrivait à dissoudre en quelques heures cinq milliards de bacilles dysentériques contenus dans 10 cc. de bouillon.

Les selles d'un individu sain, de même que celles d'un individu non convalescent, furent alors comparativement examinées : le filtrat obtenu dans des conditions analogues restait absolument inactif vis-à-vis des bacilles dysentériques.

D'Hérelle chercha si des faits semblables avaient été publiés ; aucun phénomène jusque-là décrit (autolyse, ferments antimicrobiens, etc.) ne pouvait être comparé à celui qu'il avait observé.

Dans aucun de ces phénomènes on n'avait une lyse microbienne totale se reproduisant en série sous l'influence d'une quantité infime du principe dissolvant.

Par la suite, d'Hérelle isola des principes actifs contre un grand nombre de microbes et en particulier le bacille d'Eberth, le coli, le staphylo, le strepto, etc.

C'est à cette dissolution en série des bactéries que d'Hérelle a donné le nom de phénomène de bactériophagie, le principe destructeur des bactéries étant le bactériophage.

Ce phénomène, dès qu'il fut publié, souleva l'incrédulité générale et ce n'est qu'à partir de 1920 que les bactériologistes en tentèrent la vérification.

Pendant ce temps, d'Hérelle avait pu étudier les caractères essentiels de son bactériophage et les modalités de ce qu'il provoquait.

Les conclusions auxquelles il est arrivé sont les suivantes : le liquide bactériophage ne contient pas un produit chimique ou un ferment dissous ; il est constitué par une suspension de corpuscules, invisibles même avec les microscopes les plus puissants ; ces corpuscules traversent les filtres les plus serrés. Leur diamètre, qui a pu être mesuré, est d'environ 3,5 μ.

Ces corpuscules possèdent les caractères des êtres vivants ; ce sont des parasites, des microbes. Ils possèdent la faculté d'assimiliation : ils transforment, sous l'influence d'une lysine qu'ils sécrètent, la substance bactérie vivante en substance bactériophage, de même que n'importe quel être vivant transforme, sous l'influence de ferments, les aliments qu'il absorbe en ses tissus propres.

Il possède également la faculté d'adaptation soit à des facteurs d'ordre chimique, soit à des actions d'ordre biologique.

Ainsi, on peut arriver à faire vivre le bactériophage des milieux renfermant des antiseptiques. On peut de même l'habituer à détruire des bactéries pour lesquelles il n'avait d'abord qu'une action très faible.

Enfin, il possède le pouvoir de se multiplier, mais seulement aux dépens des microbes vivants : c'est là un de ses caractères fondamentaux.

Chaque bactériophage constitue, d'ailleurs, un individu propre ayant une vitalité, une puissance d'attaque, une spécificité d'action qui le différencient de ses semblables.

En ce qui concerne le mode d'action, les expériences précises de d'Hérelle ont montré qu'il est le suivant :

1° Accolement du bactériophage sur la bactérie ;

2° Pénétration du bactériophage dans la bactérie ;

3° Multiplication du bactériophage dans la bactérie et éclatement de cette dernière avec mise en liberté de jeunes corpuscules qui vont à leur tour détruire d'autres bactéries par le même processus.

D'Hérelle, ayant élucidé la nature et le comportement du bactériophage, pensa qu'il jouait un rôle dans l'immunité. En fait, on le rencontre toujours à un moment donné chez un convalescent de maladie infectieuse, et il y a coïncidence absolue entre l'amélioration momentanée ou la guérison définitive du malade et l'apparition du principe lytique.

Le bactériophage dont l'emploi est tout à fait inoffensif a déjà donné de bons résultats en thérapeutique. En ce qui concerne le traitement des suppurations par le bactériophage, en France, il faut citer les travaux récents du Dr Raiga, de la clinique chirurgicale du Prof. Gosset : « Traitement des furoncles et anthrax » (*Presse médicale* du 9 février 1929). « Traitement des panaris et plaies infectées des doigts et de la main » (*Progrès médical*, mars 1929). « Le bactériophage dans le traitement des phlegmons d'origine dentaire », communication à la Société de Stomatologie, juin 1929, dont il faut lire l'intéressante discussion. Je citerai également la communication à l'Académie de médecine, de juin 1927, du Dr Pitsch, sur la pyorrhée, communication que vous avez pu lire dans la *Semaine dentaire* de juillet 1929.

Personnellement, c'est après avoir eu connaissance de certains résultats dans le traitement de la furonculose que je fus amené, en décembre 1928, à employer le bactériophage après l'échec du traitement d'une fistule dentaire, chez une fillette de 9 ans. Par la suite, d'autres essais ont été faits à la clinique de dentisterie opératoire de l'Ecole dentaire de Paris.

Voici trois observations, les autres étant semblables dans leur ensemble :

Observation I.

Mlle B..., 9 ans, vient en consultation à notre cabinet le 10 novembre 1928 avec une hémorragie assez sérieuse à la suite de l'extraction de |6.

Le confrère qui avait fait l'avulsion, avait parlé à la maman de l'extraction de |6 dent qui avait déterminé un abcès quelque temps auparavant.

Effrayée par la perspective d'une nouvelle hémorragie et comprenant l'intérêt de faire conserver |6 à sa fillette, la maman me quitte en me disant : « Faites tout ce que vous voudrez, mais je ne veux pas entendre parler d'extraction. »

Le 22 novembre 1928 je commence le traitement classique. Dans le sillon gingival, vers |7, je trouve une fistule, témoin d'un abcès chronique par laquelle on pouvait faire sourdre du pus.

Peu de douleur apicale à la pression, percussion de la dent peu douloureuse également, muqueuse environnante assez rouge. Dans cette séance je me contente d'ouvrir largement la chambre pulpaire et d'élargir les canaux à la broche de Kerr.

Les 24-29 novembre, 6-11 décembre, traitement par le formothymol. La fistule ne tarissait pas.



Le 13 décembre je débouche la dent et j'enlève les mèches antiseptiques dans les canaux. Le 15, j'injecte dans le trajet fistuleux 3 ou 4 gouttes de bactériophage pyophage. L'enfant, assez douillette, se laisse difficilement faire la piqûre, mais une fois l'injection faite ne ressent aucune douleur.

Je laisse la dent ouverte.

Le 17, la suppuration est nettement plus abondante. L'enfant n'a pas souffert — pas de réaction générale, les signes cliniques sont à peu près les mêmes. Une deuxième injection de bacté-pyophage est faite dans la fistule 1/2 cm^3 environ. Cette injection est assez douloureuse d'après la fillette. Cette fois des mèches de bactériophage sont laissées dans les canaux sous obturation à la gutta, car j'ignorais ce qui adviendrait.

Le 19 décembre les signes cliniques sont meilleurs. La fistule semble se faner et disparaître, odeur nauséabonde des mèches. Nettoyage de ces canaux avec des mèches stériles, sans médicament. Troisième piqûre de bactériophage, 2/3 de cm^3. Nouvelles mèches de bactériophage dans les canaux sous pâte eugénol-oxyde de zinc.

Le 22, fistule disparue, muqueuse encore légèrement congestionnée ; pas de pus à la pression dans le sillon gingivo-jugal, dent indolore à la mastication et à la percussion, mais les mèches ont encore mauvaise odeur.

De nouvelles mèches de bacté-pyophage sont mises dans les canaux sous obturation à la pâte.

L'enfant est malade et revient nous consulter le 22 février. Après un mois la fistule n'avait pas reparu. L'odeur de la mèche dans le canal distal étant suspecte, nous en remettons dans les canaux ainsi que le 27.

Le 4 mars, obturation des canaux comme d'habitude. Depuis, aucune douleur. Pas de fistule. Une radio prise le 27 octobre semble confirmer la guérison.

Observation II.

M D..., étudiant en médecine, vient consulter le 20 avril à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, souffrant depuis 3 jours de douleurs irradiées, assez vives, à l'hémi maxillaire supérieur gauche.

A l'examen, œdème de la région malaire. Tuméfaction gingivale. Grosse congestion de la région apicale de la première prémolaire. Pression douloureuse à ce niveau. Percussion de cette dent douloureuse. Aucune sensation particulière au chaud et froid.

Chaleur, rougeur, douleur et infiltration de la région malaire font penser à un abcès en évolution. Une radiographie (radio n° 1) faite immédiatement confirme le diagnostic.

Le jour même : nettoyage de la chambre pulpaire ; ouverture des canaux à la broche de Kerr. Injection dans la muqueuse près de la région apicale |4 de 1/3 cm^3 de bacté-pyophage. Cette injection faite lentement fut très peu douloureuse. La dent est laissée ouverte.

Pas de fièvre. Le malade suit l'évolution de la chose. — 3 ou 4 heures après il souffre moins.

Le dimanche 21, le malade ne souffre plus. L'inflammation gingivale est beaucoup diminuée, mais la fluxion persiste.

Le lundi 22, l'œdème a diminué. Inflammation en décroissance, mais la gencive conserve un aspect légèrement bleuté. Dent peu sensible au choc. Nette amélioration de tous les signes cliniques. La radio (n° 2) confirme la décroissance de l'infection osseuse.

Une nouvelle injection de bacté-pycphage est faite. 2/3 de cm^3 et après nettoyage des canaux, 2 mèches stériles, imbibées de bactériophage y sont laissées sous pâte eugénol-oxyde de zinc.

Le mercredi 24 la fluxion a disparu. Le malade ne souffre plus du tout ; il mastique sur sa dent. Les mèches laissées dans les canaux ont mauvaise odeur. On les remplace après avoir ramené du pus avec des mèches stériles. Une dernière injection de bacté-pyophage 1 cm^3 est faite plus profondément : légère douleur.

4e *séance.* Nettoyage des canaux. De nouvelles mèches y sont laissées sous pâte.

Par suite de circonstances imprévues, on ne revoit pas le malade pour terminer le traitement.

C'est seulement le 18 octobre qu'il revient à la clinique. Depuis avril il n'a pas souffert. Tout est redevenu normal. Une troisième radio montre que la zone de raréfaction osseuse est considérablement diminuée.

Les mèches de bactériophage enlevées au bout de cinq mois sont intactes.

L'obturation des canaux a été faite ces jours derniers. Aucune nouvelle manifestation et tout semble confirmer la guérison.

Observation III.

Mlle B..., 26 ans, fistule sur |6.

Dent en traitement par le formol, pas de résultat.

1re *séance* le lundi 15 avril, injection de 1/3 c^{m3} de pyophage dans le trajet fistuleux ; injection non douloureuse. Mèches de bactériophage dans les canaux, sous pâte.

2e *séance* le mercredi 17, recrudescence du pus. Deuxième injection plus profonde 2/3 c^{m3} ; mèches dans les canaux.

3e *séance* le vendredi 19, la fistule persiste encore, mais elle semble se fermer. Petite zone rouge à cet endroit.

3e injection, 1 cc, nouvelles mèches.

4e *séance,* fistule disparue, nouvelles mèches des canaux.

5e *séance,* obturation des canaux.

La guérison semble se confirmer.

Nous avons traité ainsi une quinzaine de cas avec succès et le temps seul nous permettra de dire si les résultats sont tenaces ou bien définitifs.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Après nos recherches, voici le mode opératoire que nous pratiquons actuellement. Nous injectons, deux ou trois fois, selon le cas le bacté-pyophage de d'Hérelle dont chaque ampoule contient :

Bactériophage polyvalent antistaphylococcique ;
» » antistreptococcique ;
» » anti-entérococcique ;
» » anticoli.

en suspension dans 2 c^{m3} de bouillon stérile.

Ce bacté-pyophage est le mélange de diverses races de bactériophages sélectionnés et adaptés à provoquer la bactériophagie de diverses espèces bactériennes qui peuvent se trouver dans les processus suppuratifs, plus la substance dissoute des bactéries utilisées par ces bactériophages pour leur multiplication.

1re *séance* : dans tous les cas, ouverture large de la chambre pulpaire et des canaux de la dent en cause.

Cas d'abcès aigu. — Dent laissée ouverte. Seulement injection de 1/3 de cc. de bacté-pyophage vers le foyer d'infection, dans la muqueuse, autour de l'abcès, le plus près possible de l'apex.

Cas de fistule chronique. — Injection dans le trajet fistuleux le plus loin possible, mais en laissant à demeure des mèches stériles imbibées, solution bactériophagée.

2e *séance* le lendemain ou le surlendemain. — *Abcès aigu.* Nettoyage plus approfondi des canaux avec mèches non médicamenteuses. Mèches de bactériophage.

Injection de 23 de c^{m3} toujours le plus près possible du foyer d'infection *fistule*, même technique.

3e *séance* : 4 ou 5 jours après la première.

Injection de l'ampoule entière 1 c^{m}, mèches des canaux.

Séances ultérieures. Mèches de bactériophages jusqu'à ce qu'elles ressortent propres et sans odeur. En compter deux, parfois trois ou quatre dans le cas de grosse suppuration : obturation des canaux et de la dent comme d'habitude.

Toutes les injections doivent être extrêmement lentes afin d'éviter la douleur.

J'emploie le même matériel (seringue, aiguille) que pour les injections d'anesthésiques en vue d'une extraction dentaire. Il est préférable d'injecter la solution à 37°, mais pas plus. Notez que le bactériophage s'atténue à 55° centigrades. Il faut supprimer tout traitement antiseptique pendant la durée du traitement par le bactériophage — après si l'on veut.

Je m'excuse de vous présenter un travail aussi inachevé. J'aurais voulu vous apporter à la fois les contrôles radiographiques et bactériologiques. Mais sollicité de vous entretenir de ce sujet par plusieurs membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, et afin de prendre date, cette communication est de ce fait incomplète.

Je me promets de faire les recherches nécessaires et de vous dire plus tard si les résultats acquis peuvent être considérés comme définitifs.

De cette nouvelle thérapeutique, nous pouvons, je crois, attendre beaucoup par suite du mode d'action même du bactériophage. Certes, la résection ou le curettage apical resteront le traitement de choix des granulomes, kystes, mais ne peut-on pas prévoir par le traitement au bactériophage la conservation d'un plus grand nombre de dents qui auront occasionné, si je puis dire, « la suppuration »? L'avenir nous le dira.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 5 novembre 1929.

La séance est ouverte à 21 heures.

PRÉSIDENCE DE M. WALLIS-DAVY.

I. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

M. le Président donne lecture de son allocution.

Mes chers Confrères,

Mon premier devoir en prenant place à ce fauteuil sera de vous exprimer toute ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de cette Société.

Ici nous sommes sur un terrain scientifique et je sais, par une expérience qui commence déjà à être longue, que vous ne confiez cette mission qu'à ceux que vous en jugez dignes. J'en éprouve donc un sentiment de fierté légitime d'autant plus grand que j'étais loin de penser que votre choix se porterait sur moi.

Mais en même temps que cette fierté, j'éprouve un sentiment de crainte bien naturel chez un homme modeste : celui de ne pas me trouver à la hauteur de ma tâche. Je vous demande donc toute votre indulgence, je ferai de mon mieux et je compte bien sur le concours des collègues avec lesquels vous avez composé le Bureau : mon vieil ami Housset, avec qui j'ai déjà bien souvent collaboré ; Solas, qui, pendant son long secrétariat, nous a démontré ses capacités ; M. Leblan, notre si sympathique secrétaire général, et M. Morin, son adjoint qui, bien que jeune, a déjà fait à la Société d'odontologie de très intéressantes communications et que vous entendrez tout à l'heure sur un sujet non moins intéressant.

D'ordinaire à présidence nouvelle, programme nouveau et orientation nouvelle.

Il n'en sera pas ainsi cette fois et je suis sûr que vous m'approuverez.

Il ne me semble pas possible de fixer par avance un programme de travail à une Société comme la nôtre, qui est une Tribune où chacun vient apporter le fruit de ses réflexions, le résultat de sa pratique, les méthodes qu'il a adoptées, les perfectionnements qu'il a imaginés.

Si certaines questions préoccupent spécialement notre profession à un moment donné, elles se présenteront d'elles-mêmes, elles se feront jour sans qu'il soit besoin de les inscrire dans un cadre déterminé. Celui

qui dirige vos débats peut souhaiter dans son for intérieur de voir élucider certains points, de voir donner la préférence à tels sujets plutôt qu'à tels autres, mais il ne lui servirait à rien de formuler des désirs à cet égard. Chacun de nous est entraîné vers des questions de son choix, vers des matières qui ont sa prédilection, quand il n'est pas engagé déjà dans une recherche ou dans des expériences.

Il est donc plus sage de laisser à chacun de nous toute liberté dans la présentation des travaux qu'il veut bien nous soumettre et la Société conservera ainsi véritablement le caractère de tribune libre qu'elle doit avoir.

Ce qui importe, d'ailleurs au plus haut point, c'est une discussion large et approfondie de tous les sujets traités devant nous. Le crible de la discussion, quand il accompagne les leçons de la pratique, est encore ce qu'on a trouvé de mieux pour vérifier et consacrer la valeur d'un procédé.

Aussi ne saurais-je trop insister, afin que nos échanges d'idées soient vraiment fructueux, pour que nous préparions à l'avance, dans notre esprit tout au moins, ce que nous proposons d'exposer.

La convocation qui nous est adressée avant nos séances mentionne les communications que nous entendrons. Il est souhaitable que, dans les quelques jours qui nous séparent de la réunion, nous réfléchissions aux sujets annoncés, nous songions à ce que nous pourrions dire nous-mêmes, nous ayons toutes prêtes les questions que nous désirons poser, les objections que nous prévoyons, que nous examinions en un mot tous les éclaircissements à demander et tout ce qui peut être dit à cet égard. C'est, à mon avis, à ces conditions que nos délibérations sont susceptibles d'être profitables.

En laissant ainsi la porte ouverte à toutes les initiatives, en vous engageant tous, anciens et nouveaux dans la profession, à ne pas hésiter à apporter ici le résultat de tous vos travaux, quelle qu'en soit l'envergure, je crois être dans le vrai. Il n'est pas de procédé qui vous soit proposé, de perfectionnement si minime soit-il, que vous deviez rougir de nous présenter. Notre Société est un centre d'enseignement mutuel ; pour des praticiens il n'en est pas de meilleur.

Permettez-moi donc d'invoquer l'intérêt que nous portons tous au progrès de notre profession pour vous demander votre collaboration à l'œuvre que nous poursuivons en commun : l'avancement de la science dentaire. Cette collaboration aura un autre effet qui ne saurait me laisser indifférent, puisque j'ai l'honneur d'avoir été placé à votre tête : il fera vivre et prospérer notre Société d'odontologie, qui comptera, en 1930, cinquante ans d'existence.

Et maintenant, mes chers confrères, il me reste un pieux devoir à remplir : depuis notre réunion de juillet dernier nous avons eu la douleur de perdre un de nos plus estimés confrères, un de nos amis les plus chers :

V. E. Miégeville, enlevé à notre affection à un âge qui nous donnait le droit de croire qu'il était parmi nous, dans cette maison qu'il aimait tant, pour de très nombreuses années encore. Son rôle considérable dans les divers organismes de notre groupement sera rappelé tout à l'heure par les différents présidents.

Ancien Président de la Société d'odontologie il avait été auparavant délégué par le Conseil de l'Ecole, secrétaire général 1919-1922 et vice-président en 1923-1924. Vous savez tous avec quelle conscience et quel dévouement il s'acquitta de ces fonctions. Nous garderons jalousement son souvenir et, le cœur serré, je salue sa mémoire. J'adresse à sa veuve et à sa famille, représentée ici ce soir par M. et Mme Chomont, l'expression de toute notre affliction et nos condoléances les plus émues.

Je vais maintenant donner la parole aux orateurs inscrits pour nous parler de notre cher disparu et ensuite j'interromprai la séance durant une minute en dernier hommage de cette Société dont il fut longtemps un des animateurs.

II. — Hommage posthume a V. E. Miégeville.

M. Blatter, Président, Directeur général de l'Ecole, donne lecture de l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Notre Président vient de nous dire ce que Victor Miégeville a été pour la Société d'odontologie. Il m'appartient de vous exposer sommairement ce qu'il a fait pour l'Ecole. La chose est peu aisée, car notre ami se donnait tout entier à notre Groupement et le partage entre ses branches ne peut guère s'exprimer que par la mention de quelques dates.

Elève de notre institution, il en obtient le diplôme en 1906 et entre deux ans après (1908) dans notre Conseil d'administration, auquel il appartient le reste de sa vie. Nommé au poste délicat d'économe la même année, il le remplit jusqu'en 1926.

Dans notre corps enseignant, il est en 1905 préparateur de pharmacie, fonction pour laquelle le désignent tout spécialement ses études antérieures. Démonstrateur le 29 octobre 1906, il passe avec succès le concours de chef de clinique le 12 mars 1907. Notre pharmacie lui est confiée ; il est chargé du cours préparatoire de thérapeutique dentaire, puis devient chef adjoint du Service radiographique et photographique.

Dans toutes ces situations il apporte les qualités de cœur et d'esprit que nous lui connaissions tous. D'un commerce particulièrement agréable, ses collègues ne savaient pas s'ils devaient apprécier davantage le fonctionnaire que l'homme. C'était une de ces natures remarquablement

douées qui conquièrent toutes les sympathies et savent merveilleusement tisser les liens de l'amitié.

Pendant sa carrière, hélas trop courte, Miégeville nous a apporté le concours le plus complet, le plus dévoué, le plus éclairé, embelli par une aménité de caractère des plus rares.

Il emporte toute notre gratitude et tous nos regrets, mais son nom vivra toujours parmi nous.

M. Henri Villain, président de l'A. G. S. D. F., donne lecture de l'allocution suivante :

Monsieur le Président, mes chers confrères,

Au nom de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, j'ai la triste mission d'apporter un hommage posthume à l'un des meilleurs d'entre nous, trop tôt hélas ! disparu : Victor Emile Miégeville, décédé après une longue et pénible maladie le 14 août 1929, dans sa 55e année, à Saint-Maixent, sa ville natale, qu'il aimait entre toutes.

La période de vacances et l'éloignement de son pays nous empêchèrent d'aller accompagner notre collègue jusqu'à sa dernière demeure et de lui témoigner une fois encore notre estime, notre affection et nos profonds regrets.

C'est pourquoi aujourd'hui, en cette salle où il reçut officiellement, il y a si peu de temps encore, la croix de chevalier de la Légion d'honneur, nous avons pensé accorder à sa mémoire quelques minutes de très sincère reconnaissance, pour les éminents services qu'il a rendus à notre Association.

Victor Emile Miégeville était venu à notre chère profession après avoir fait de brillantes études en pharmacie. Entré comme élève à l'Ecole dentaire de Paris à l'âge où bien des hommes cherchent déjà à gagner largement leur vie plutôt qu'à s'instruire et à embrasser une nouvelle carrière, je le vois encore, élève sur ces bancs et, délégué de ses camarades, prêt à prendre leur défense chaque fois qu'une injustice lui paraissait trop flagrante.

Diplômé chirurgien-dentiste en 1905, il ne pouvait pas ne pas s'intéresser à nos œuvres professionnelles.

Sa nature, son caractère, sa bonté proverbiale, son amour de la justice lui ouvrirent les portes du Conseil d'administration de notre association et, dès février 1910, il en était un des membres les plus écoutés, jusqu'en avril 1929, c'est-à-dire pendant dix-neuf années consécutives, date à laquelle sa pénible maladie lui interdisait tout surmenage, et toute soirée au dehors.

Ses qualités d'ordre et de prévoyance le désignèrent tout de suite

pour remplir le rôle si ingrat de trésorier. Nommé en mars 1910, il occupa ces hautes fonctions jusqu'en février 1926.

Pendant seize années les finances de notre Association furent admirablement gérées, et les présidents qui se succédèrent à cette place purent apprécier la collaboration intelligente, soutenue, désintéressée de ce collègue si prématurément disparu.

Il dirigea en même temps les travaux de la Commission de Prévoyance de 1910 à 1927 et jamais aucune infortune ne le laissa insensible : qu'il s'agit de secours à de malheureux confrères ou l'aide à de jeunes étudiants, en distribuant chaque année des bourses et des secours d'études aux plus méritants, Miégeville savait entre tous discerner les plus dignes, et ses propositions, basées sur une saine justice, présentées avec la loyauté et la franchise qui le caractérisaient, étaient toujours agréés par le Conseil d'administration.

Enfin en 1927, alors que la maladie le terrassait déjà, notre ami quitta ces fonctions intensives, qu'il n'aurait pas su remplir à moitié, et, pour le remercier, le Conseil le nomma en février 1927, vice-président.

Si la mort injuste et brutale ne l'avait ravi à notre chère affection, il était tout désigné pour devenir Président de notre Association.

Parmi tous les services qu'il rendit à notre Groupement, il faut rappeler qu'il fut l'un des principaux promoteurs de l'*Aide immédiate en cas de décès, en* 1924, œuvre admirable de prévoyance et de mutualité qu'il voulait toujours développer de plus en plus et qui lui prit sa dernière énergie ; œuvre féconde à laquelle son nom restera toujours attaché, lui qui fut toute sa vie, par trop brève hélas ! le soutien, l'ami des humbles et nous savons avec quelle modestie !

Qu'il nous soit permis, avant de terminer cet hommage à celui que nous pleurons, de nous incliner respectueusement et bien bas devant sa famille, son vieux père resté au pays, sa compagne bien-aimée qui fut le digne soutien de sa vie pleine de probité, sa belle-sœur et son beau-frère, notre collègue et ami Chomont qui lui a succédé dans le cabinet qu'il fonda. Que tous ici trouvent l'expression de la profonde gratitude que nous devons à leur cher disparu ; qu'ils sachent bien qu'il restera vivant dans nos mémoires et qu'il sera pour nous l'exemple du plus honnête des hommes.

M. le Dr Roy, directeur de l'*Odontologie*, s'exprime ainsi :

C'est avec une grande tristesse qu'étant en vacances et loin de Paris, j'ai appris tardivement la mort de mon excellent ami Miégeville. C'était, comme on vient de le rappeler si bien, un homme d'un caractère absolument parfait et qui attirait la sympathie de tous. Sa mort a été pour moi un très vif chagrin, car je perdais en lui un ami et en même temps un

collaborateur précieux dans deux organismes où il avait rendu les plus éminents services. Et c'est à ce titre que je viens ce soir, lui apporter le tribut de mes regrets et de ceux du journal l'*Odontologie* et de la Société Coopérative des Dentistes de France où j'ai pu particulièrement apprécier son activité bienfaisante.

Nommé administrateur du journal l'*Odontologie* en 1900, Miégeville a occupé ces fonctions pendant près de 20 années, et, seule, la maladie l'a obligé à abandonner ses fonctions, car, malgré nos instances, il n'a pas voulu continuer à garder un poste que sa santé défaillante ne lui permettait pas de remplir. Miégeville n'était pas, en effet, de ceux qui acceptent des titres sans s'acquitter, au delà de leur devoir, des besognes qu'ils ont assumées.

Donc, administrateur de l'*Odontologie*, il s'est dépensé avec une activité inlassable pour assurer la prospérité de l'organe de l'Association générale et de l'Ecole dentaire, organe qui joue un rôle si important pour diffuser les idées qui nous sont chères et pour les porter au delà de nos frontières dans tous les pays où l'*Odontologie* va propager la science française. Il s'est employé avec un soin extrême à créer des ressources toujours plus étendues au journal de façon à fournir à la Rédaction les moyens nécessaires pour en améliorer et en développer la prospérité. C'est là une tâche obscure, ignorée du public professionnel, mais qui n'était pas ignorée du Comité de Direction et du Rédacteur en chef, et c'est pour cela que j'ai tenu ce soir à venir apporter un témoignage de reconnaissance à Victor Miégeville

Il m'appartient aussi de parler au nom d'une autre Société, à laquelle Miégeville a apporté un concours extrêmement actif : la Société Coopérative, dont il faisait partie depuis le début ; il a été membre du Conseil d'administration dès les premières années; il nous a apporté dans l'organisation de cette Société un appui et des conseils particulièrement appréciés et il avait bien voulu accepter, sur nos instances, les fonctions de trésorier, fonctions des plus délicates dans une Société de ce genre

Dans ce nouveau poste, comme dans celui d'administrateur du journal, Miégeville s'est toujours montré le conseiller le plus éclairé, le plus avisé, le plus prudent, et il nous a rendu les services les plus grands, et c'est pourquoi il laisse dans cette Société, un vide considérable qui ne sera pas près d'être comblé.

J'apporte donc ici, au nom du journal l'*Odontologie* et au nom de la Société coopérative des dentistes de France, un tribut d'hommages reconnaissants à la mémoire de Miégeville ; j'apporte en même temps, à sa famille, à sa veuve, à son beau-frère et à sa belle-sœur, que nous avons ce soir parmi nous, l'assurance que le souvenir de leur cher disparu restera profondément gravé dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu et plus spécialement du Comité de rédaction du journal l'*Odontologie* et du Con-

seil d'administration de la Société coopérative des dentistes de France, qui saluent sa mémoire avec une émotion profonde.

(Il est ensuite observé une minute de silence).

III. — Considérations générales sur les différents traitements de la pyorrhée, par M. Barail.

M. Barail donne lecture de sa communication.

Discussion.

M. Hulin. — M. Barail vient de nous faire l'exposé de la première partie de sa communication. Nous aurons ainsi, pour ma part tout au moins, entendu ce soir toutes ses explications. Il nous promet et il nous fait une critique sans appel de mon travail sur la pyorrhée tout en nous disant regretter de n'avoir pu le lire, puisque — dit-il — ce travail n'a pas été publié.

Or ces travaux ont été publiés régulièrement depuis deux ans dans l'*Odontologie*, et la dernière partie a vu le jour au mois d'avril dernier dans le même organe. Je m'étonne que notre confrère Barail juge aussi définitivement des travaux qu'il n'a pas lus.

D'autre part, je voudrais lui demander s'il croit à l'origine entièrement microbienne de la pyorrhée.

M. Barail. — Pas entièrement.

M. Hulin. — Je prends acte, quoique toutefois vous établissiez la base de votre traitement par la lutte contre le microbe, que c'est par une action locale que vous combattez la maladie. Vous dites avoir guéri plus d'un millier de pyorrhéiques, Or il ne faut pas croire qu'en thérapeutique anti-pyorrhéique on puisse guérir toutes les pyorrhées à l'aide d'un seul agent thérapeutique : celui-ci soulage peut-être les pyorrhéiques momentanément, et cela les aide à supporter leur maladie.

Car il est très difficile, à mon avis, de prétendre guérir tous les pyorrhéiques avec une seule médication ; cela me semble extraordinaire, surtout si le diagnostic pyorrhée est indiscutable chez tous vos malades.

Nous avons dans le syndrome pyorrhéique des quantités de facteurs différents qui ajoutent leur action à l'état de base, et c'est au praticien qu'il appartient de savoir appliquer, non *le traitement*, mais *les traitements* adéquats à cet état de base et à tous les facteurs surajoutés.

Il n'y a pas une pyorrhée, mais des pyorrhéiques, et à chaque cas, s'adapte un traitement.

Ce qu'on peut faire, c'est accepter une arme thérapeutique qui peut servir dans la majorité des cas, mais jamais cette thérapeutique ne doit être unique.

Avec l'électrosmose de l'iode, vous pouvez, certes, apporter un soula-

gement à tous les pyorrhéiques, mais soulagement passager, puisque vous ne détruisez pas la cause du mal, vous traitez avec la haute fréquence un phénomène : mais que faites-vous des autres facteurs ?

J'ai attiré aussi votre attention sur la valeur de stérilisation propre à vos courants électriques. Quand nous pratiquons une incision avec le thermocautère, comment le stérilisons-nous? Nous appuyons sur le bouton, il rougit, et il est stérile... Je vous mets au défi d'en faire autant avec votre courant de haute fréquence, par exemple.

Si vous agissez sur les tissus et prétendez les stériliser, c'est uniquement par la présence d'un médicament tel que l'iode, dont les ions font subir,à eux seuls, toutes les modifications que vous attribuez au courant.

Vous excitez, vous aidez par *les antiseptiques* l'organisme à lutter contre le microbe, mais vous n'arrivez pas à déterminer la stérilisation des tissus avec votre haute-fréquence seule, la teinture d'iode fait aussi bien.

De plus, dans la pyorrhée nous avons le clapier, et je dis que toute méthode de thérapeutique locale qui ne supprime pas le clapier est inopérante, que ce soit à l'aide d'un caustique, de pointes de feu, d'électrocoagulation ou autre, car si vous ne détruisez pas le clapier, la lésion subsiste et le périoste ne se régénèrera pas en milieu infecté, pas plus que l'os ; je ne crois pas que vous ayez pu voir cela.Pour ma part, je n'ai jamais vu du périoste détruit par infection se régénérer en milieu buccal toujours infecté, ou même se rattacher, se recoller à la paroi radiculaire à laquelle il était primitivement fixé.

Vous nous dites qu'il y a des traits de ressemblance entre les lésions pyorrhéiques et le cancer ; oui, il y a des figures histologiques de l'épithélium buccal qui revêtent un aspect spécial, mais qui n'ont absolument rien à voir avec l'anatomie microscopique d'une lésion cancéreuse.

Vous nous disiez aussi que les vaccins anti-pyorrhéiques ont marqué la thérapeutique anti-pyorrhéique d'un échec de plus. C'est possible, mais votre procédé aussi ; si vous ne détruisez pas la cause, c'est-à-dire le clapier, alors vous aurez, non pas une guérison, mais un retour objectif à un état presque normal, que seul le patient pourra maintenir par une hygiène rigoureuse.

M. le Dr Roy. — Je n'ai pas l'intention de suivre M. Barail dans tous les développements qu'il vient de faire ; ceci nous entraînerait trop loin et ce serait recommencer une discussion, un exposé encore récent que je vous ai fait à propos justement d'une communication de M. Hulin.

Néanmoins, je ne veux ce soir que retenir deux points particuliers qui ont été soulevés par M. Barail de façon à vous apporter ici une opinion un peu différente de celle qu'il vous a exposée.

M. Barail a parlé en particulier, au début de son exposé, de la dépulpation. Or, beaucoup d'auteurs ont dit le plus grand bien de la dépulpation

et M. Hulin notamment en a parlé avec beaucoup d'éloges. J'ai répondu dans une séance précédente aux idées émises par M. Hulin, et j'ai dit qu'il ne fallait pas attribuer autant d'avantages à la dépulpation qu'il voulait bien le faire. Mais aujourd'hui, M. Barail nous apporte une opinion tout à fait différente puisqu'il vient parler de la dépulpation avec une défaveur au moins égale à la faveur que M. Hulin avait bien voulu lui témoigner.

Je tiens à intervenir ici encore une fois de plus pour dire que la dépulpation ne mérite « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité ». J'ai fait autrefois une étude sur les troubles pulpaires dans la pyorrhée et j'ai, dans cette étude, exposé les résultats de ma grande expérience de la question. Or, ce sujet est assez délicat à exposer, car, chose paradoxale, il est vrai et faux à la fois que la dépulpation joue un rôle dans l'évolution de la pyorrhée. Cela paraît bizarre mais en voici l'explication :

J'ai dépulpé en effet un nombre considérable de dents chez des pyorrhéiques, non pas dans le but d'améliorer leur pyorrhée, mais pour des raisons diverses et, en particulier, pour des travaux prothétiques et je puis dire, d'une façon formelle, qu'en examinant très soigneusement les malades, en observant leurs dents avant et après la dépulpation, je n'ai jamais observé la moindre modification, ni favorable, ni défavorable, dans une dent pyorrhéique dont la pulpe avait été enlevée. Donc aucune modification ni en bien ni en mal à la suite de la dépulpation. Et cependant, il y a des dents sans pulpe qui résistent admirablement à la pyorrhée, *mais c'est à la condition essentielle que ces dépulpations aient précédé l'apparition de la pyorrhée.*

Ainsi dans la bouche d'un pyorrhéique, vous n'obtiendrez aucune amélioration ni aucune aggravation de son état en dépulpant les dents atteintes par la maladie. Mais chez ce même pyorrhéique, s'il y a des dents qui, dans sa jeunesse, ont été dépulpées, des dents qui ont perdu leur pulpe *avant l'apparition de la pyorrhée*, ce sont ces dents-là qui seront les dernières frappées par la maladie, et c'est ainsi que vous assistez à ce spectacle paradoxal de gens ayant perdu presque toutes leurs dents exemptes de carie, alors qu'il leur reste dans la bouche des dents dépulpées qui sont solides et résistantes parce qu'elles ont perdu leur pulpe dans la jeunesse, alors que des dents saines exemptes de carie sont branlantes et tombent.

Voilà la contradiction que je vous signalais tout à l'heure et ce paradoxe que la dépulpation ne modifie en aucune façon une dent pyorrhéique, mais qu'une dent dépulpée *avant l'apparition* de la pyorrhée est la dernière frappée par la maladie.

C'est ce qui résulte de ces observations très minutieuses que j'ai faites et dont vous pourrez avoir facilement confirmation chez les pyorrhéiques que vous pourrez examiner.

Il est un autre point que je voudrais relever dans les idées qui nous ont été exposées tout à l'heure par M. Barail : c'est celui qui concerne la contention prothétique chez les pyorrhéiques. Là encore, M. Barail a fait une critique très sévère de la contention prothétique dans la pyorrhée. J'ai le regret de lui dire que je considère, moi, bien au contraire, la contention prothétique dans la pyorrhée comme un excellent moyen thérapeutique.

La pyorrhée comporte tout un ensemble de médications ; le traitement de la pyorrhée, comme l'a dit tout à l'heure avec juste raison M. Hulin, est un traitement complexe qui, ainsi que je l'ai dit, je crois, le premier, comporte l'application d'un grand nombre de médications dirigées contre les divers symptômes que l'on peut observer au cours de l'évolution de la maladie. Or, parmi ces médications, figure à bon droit la contention prothétique, c'est-à-dire l'immobilisation des dents. Je tiens à signaler que les diverses médications que je préconise dans la pyorrhée tendent toutes à la consolidation des dents et que l'immobilisation prothétique ne doit être considérée que comme le *complément* de toutes les autres médications. C'est ainsi que le seul fait d'apprendre à un pyorrhéique à se brosser les gencives et à mastiquer, contribuera à consolider ses dents. Avec le curettage des culs-de-sac, puis leur suppression vous arriverez, dans un grand nombre de cas — avec une hygiène rigoureusement suivie par le patient — à faire disparaître complètement les mouvements de mobilité de ces organes.

La mobilité des dents résultant d'une rupture de l'équilibre de celles-ci, le rétablissement de cet équilibre articulaire est une condition indispensable et de premier ordre pour obtenir la consolidation des dents. Il ne faut pas oublier que chez les pyorrhéiques, suivant le principe que j'ai posé, les dents doivent répondre à des conditions d'équilibre particulières ; un pyorrhéique doit avoir ses arcades dentaires articulées comme un dentier complet ; quel que soit le mouvement effectué par sa mâchoire, la pression doit toujours s'exercer, sur au moins une molaire ou une prémolaire à chaque mâchoire et de chaque côté.

Ces diverses médications permettent, dans un grand nombre de cas, lorsque la pyorrhée n'est pas trop avancée de voir disparaître la mobilité des dents, non seulement dans les mouvements que j'ai appelés les mouvements passifs, mais aussi dans les mouvements actifs.

Toutefois, il arrive malheureusement trop souvent que, la pyorrhée étant traitée trop tard, les destructions alvéolaires sont telles que malgré toutes les médications que l'on peut appliquer, les dents peuvent recouvrer leur immobilité dans les mouvements passifs, mais ne peuvent pas la recouvrer dans les mouvements actifs de la mâchoire, c'est-à-dire dans la mastication proprement dite. Or, il importe alors aussi bien pour la

santé des dents que pour le bon fonctionnement de la mastication que les dents soient immobilisées dans ces mouvements actifs et, dans ces cas, les dents ne peuvent être immobilisées que par un seul moyen : c'est la prothèse de contention. Cette prothèse de contention donne des résultats absolument merveilleux. Je regrette pour M. Barail qu'il n'en ait pas fait l'expérience judicieuse, car la prothèse de contention donne des résultats remarquables au point que certains auteurs veulent même en faire une panacée universelle et ne se servir que de la contention comme traitement unique de la pyorrhée, ce qui est une exagération fâcheuse.

Le fait de placer un appareil à plaque chez un pyorrhéique est une catastrophe. J'aime mieux souvent laisser un pyorrhéique sans appareil, le laisser sans remplacer les dents qui manquent, plutôt que de lui placer un appareil à plaque, car c'est fréquemment condamner à mort, dans un délai plus ou moins rapproché, les dents qui restent dans la bouche.

La seule contention qui puisse donner des résultats, c'est la contention par des bridges, fixes autant que possible, posés suivant les indications et suivant les principes que j'ai exposés, c'est-à-dire en prenant des points d'appui dans les différents plans de mobilisation des dents ; dans ces conditions, on arrive à des résultats absolument surprenants et merveilleux. Mes collaborateurs ont pu voir, chez moi, des cas ainsi traités où les dents étaient tellement mobiles que j'ai dû les ligaturer pour les soigner et les préparer et ils peuvent témoigner des résultats merveilleux, le terme n'est pas trop fort, obtenus après la pose d'un bridge de contention dans ces cas. Le résultat le plus parfait est le bridge total comprenant une arcade dentaire entière où avec parfois quatorze dents mobiles on arrive à faire un tout d'une solidité extraordinaire. Quand vous venez de poser un bridge total à un individu dont toutes les dents étaient branlantes, cet individu pourrait enlever avec ses dents un poids considérable aussitôt que le ciment est pris. Ce n'est pas un résultat qui dure huit jours, qui dure six mois ; c'est un résultat qui dure un temps considérable. J'ai des malades qui ont des bridges ainsi posés depuis dix ans dans la bouche.

Je tenais à vous signaler ces choses-là pour vous montrer à quel point il ne fallait pas accepter, à mon point de vue du moins, les critiques si sévères adressées par M. Barail à la prothèse de contention qui constitue une arme extrêmement importante contre la pyorrhée alvéolaire. Mais ce que je tiens à dire toutefois à cet égard, c'est qu'il est extrêmement fâcheux de recourir à la prothèse de contention, car, en réalité, nous ne devrions jamais avoir à y recourir. Cette prothèse, en effet, est une arme excellente, mais c'est une arme *in extremis* qui présente un très gros inconvénient ; elle représente un travail considérable et des difficultés telles qu'elle ne peut être que l'apanage de classes fortunées, étant donnée la

dépense importante que représente un travail semblable. Or, ce travail est-il indispensable ? Oui, pour les pyorrhéiques arrivés à la période extrême, mais n'oubliez pas, Messieurs, que les pyorrhéiques n'arrivent bien souvent à la période extrême que par la faute des dentistes par les mains desquels ils sont passés et qui n'ont pas su les soigner.

M. G. Villain. — M. Barail nous a affirmé qu'il avait traité plus de mille cas avec guérison complète; il nous a affirmé qu'il voyait le périoste, ainsi que le tissu osseux se régénérer. Or, en science, l'affirmation est toujours délicate ; elle doit tout au moins être étayée sur des preuves, dans l'intérêt même des méthodes préconisées par l'auteur et afin que chacun puisse se convaincre de leur valeur curative. Je demande à M. Barail de bien vouloir, dans une prochaine séance, nous apporter des documents prouvant les résultats qu'il a obtenus, ne fût-ce que pour un nombre limité de cas.

M. Nahas. — M. Barail vient de nous parler de tous les traitements de la pyorrhée alvéolo-dentaire classiques et modernes. Je reviendrai tout à l'heure sur cette question du traitement. Mais tout d'abord je veux vous parler d'un complément auquel aucun auteur, à ma connaissance, n'a fait allusion. Seul M. Roy a entrevu la question et l'a frôlée de bien près en recommandant de rétablir les mouvements normaux de la mastication par le meulage des dents atteintes et ayant égressé. C'était déjà bien, mais, à mon point de vue, insuffisant ; il serait préférable de faire faire aux pyorrhéiques des exercices forcés de mastication sur des aliments durs, plus durs que ceux qu'ils ont l'habitude de mâcher, en un mot de prescrire aux convalescents de la pyorrhée un traitement semblable à celui que les médecins conseillent aux malades qui relèvent d'une phlébite ou d'une fracture de membre ayant longtemps immobilisé et atrophié celui-ci.

Je viens de vous dire qu'aucun auteur n'a traité la question, je m'excuse de mon ignorance si par hasard il en existait. Pourtant ce complément du traitement de la pyorrhée est très logique, il doit être indiqué aux malades très régulièrement : les résultats qu'il m'a permis d'obtenir sont très encourageants.

Ce qui m'a porté à penser à ces exercices de mastication c'est une conception spéciale de l'étiologie de la pyorrhée. Pour moi ce que nous étions convenus d'appeler la pyorrhée, dans n'importe laquelle de ses formes, n'est qu'une dégénérescence de plus parmi les nombreuses dégénérescences que nous observons dans la mandibule humaine, et, pour ne citer que les plus importantes, celles avec lesquelles nous avons le plus à lutter : la dent de sagesse, l'incisive latérale supérieure, l'atrésie des maxillaires.

La dent de sagesse, cette troisième molaire qui pousse au commencement de l'âge adulte, pour aider l'individu devenu grand et fort à masti-

quer, à broyer la quantité considérable d'aliments dont il a besoin, qui, hélas ! quand elle vient chez le civilisé, apporte avec elle tant d'ennuis, cette dent de sagesse, dis-je, présente des signes de dégénérescence très caractéristiques, et, si nous la comparons aux dents des autres races, nous ne pourrons nous empêcher de dire avec M. Retterer : « Il nous est permis de faire beaucoup de réserves quant à l'avenir du système dentaire des humains ». Je ne sais si cette citation est textuellement exacte, mais c'est bien le sens qu'elle avait.

Chez l'anthropoïde, cette troisième molaire est la plus forte dent de la mâchoire; j'imagine que, chez le pithécanthrope, elle était de même Chez les primitifs, chez l'homme des cavernes, toutes les découvertes préhistoriques le confirment, elle était énorme. De nos jours, toutes les races qui ne sont pas encore touchées par la civilisation, qui se nourrissent d'aliments à l'état naturel, viande, fruits et légumes crus ou presque, elle est encore très forte, très grosse et constante.

Il en est de même de l'incisive latérale supérieure; cette dent était de la même taille que sa voisine, la centrale ; voyez ce qu'il en reste.

Excusez-moi d'avoir fait cette digression, mais elle était utile pour attirer votre attention sur les dégénérescences multiples (encore que je n'en aie cité qu'une très faible partie) qu'a subies le système dentaire après des siècles de civilisation.

La civilisation, le confort, les aliments préparés trop cuits, trop tendres, sont seuls coupables de toutes ces misères physiques.

Ceci dit, une question alors se pose.

Pourquoi voulez-vous que des organes d'un même système subissent seuls les effets néfastes de la dégénérescence par insuffisance d'utilisation et de mauvais fonctionnement ? Pourquoi les dents seules et pas les bords alvéolaires, leurs supports ? Rappelez-vous ce que nous avons vu en orthodontie et vous reconnaîtrez que les corps des maxillaires eux-mêmes dégénèrent, s'atrophient, s'atrésient.

Je pense qu'on devrait définir la pyorrhée de la façon suivante : La pyorrhée est une maladie spéciale du système dentaire tendant à la destruction totale des bords alvéolaires, évoluant sur un terrain propice et résultant d'une dégénérescence des tissus, déterminée par un fonctionnement insuffisant et mauvais du système masticateur.

De tous les traitements institués, seules ont résisté à l'épreuve, et seules sont à retenir, parce qu'elles sont très simples et très logiques et qu'elles donnent des résultats satisfaisants, les opérations suivantes : le détartrage minutieux des dents, la destruction des clapiers par ponctions cautérisantes ou par cure radicale, le rétablissement de l'articulation et des mouvements normaux de la mastication par meulage des dents égressées et enfin une hygiène rationnelle. Cette hygiène rationnelle comprend le brossage des dents et des gencives avec une brosse

très dure, les massages des gencives avec ou sans instrument spécial et un régime alimentaire approprié.

M. Roy a maintes fois et avec sa maîtrise habituelle traité la question devant vous, pour me permettre de ne pas trop insister sur ce sujet. Toutefois j'ajouterai ici des exercices de mastication assez violents pour fortifier ce que nous aurons pu sauver des bords alvéolaires.

Mais ces exercices de mastication comment les faire ? Nous ne pouvons tout de même pas recommander à nos malades d'abandonner leurs délicieux filets de bœufs grillés et leurs légumes cuits pour manger de la viande crue et des légumes verts. Ce serait impossible ; ils préféreraient plutôt perdre leurs dents. C'est alors que j'ai pensé à un produit que tous les orientaux utilisent comme le chewin-gum des Américains et qu'on appelle en arabe le mistqué ou le mastic en larme. C'est une gomme naturelle, très agréablement parfumée, et qui, sous l'effet de la trituration et de la chaleur buccale, s'agglutine et se prend en masse, elle a l'avantage sur le chewin-gum d'être très consistante, de ne pas se ramollir à l'usage ; bien au contraire elle est même très dure pour le début d'un traitement et il faut pour les premières fois la ramollir par adjonction d'un petit morceau de cire vierge.

Recommander aux malades des exercices de mastication avec ce produit deux fois un quart d'heure par jour n'a rien de désagréable,il s'en faut. Tous mes malades s'en sont bien trouvés et il y en a même qui y ont pris goût.

De tout ce qu'on a prescrit jusqu'à ce jour, de toutes les panacées qui donnaient des résultats merveilleux quand elles étaient à la mode, de tous les vaccins, que reste-t-il ? Quelques rares succès, le souvenir de cuisants et nombreux déboires et beaucoup de littérature. Seules ont résisté, quoi qu'en dise M. Barail, les choses simples et logiques, que j'ai énumérées et qui, toujours, ont donné des résultats, sinon magnifiques, du moins très satisfaisants et certainement supérieurs à tout ce que donnaient les autres.

M. Barail. — Je répondrai d'abord à M. Hulin qui a parlé de l'action locale et des traitements généraux. Il est évident que, comme je l'ai dit tout à l'heure, j'ai envisagé, dans ce petit rapport sur les différents traitements locaux, la valeur pure et simple de ces différents traitements locaux, mais, comme je l'ai indiqué dès le début, je n'ai jamais voulu dire par là que les traitements locaux que je décrivais, quels qu'ils soient, étaient suffisants tout seuls pour guérir la pyorrhée. Au contraire, j'ai toujours considéré, je l'ai répété, que je considère la pyorrhée — comme d'ailleurs M. Hulin — comme ayant des origines générales et des causes locales. Quelquefois les causes locales sont prédominantes ; quelquefois les causes générales le sont. Quelquefois il y a soit l'une, soit l'autre des

causes ; il y a la plupart du temps association. Pour obtenir la guérison des pyorrhées, il faut associer suivant les cas le traitement local au traitement général. Il y a plusieurs traitements locaux, plusieurs traitements généraux, suivant l'origine de ces pyorrhées. Il faut faire à la fois ces deux traitements et aider le traitement local par la reconstitution prothétique et par le massage s'il y a lieu. La standardisation ne peut pas être générale puisque les causes sont multiples. Mais pourquoi ne pourrait-on pas trouver un traitement local qui serait presque standard, si ce traitement local était aidé par une thérapeutique générale appropriée ? Voilà les bases que j'ai voulu jeter dans ma communication d'aujourd'hui.

Il a parlé ensuite de la stérilisation des électrodes ; elle n'existe pas par le courant, c'est entendu. Une électrode fulgurante entièrement métallique est stérilisée au bout de peu de temps par son extrémité, étant donné qu'il y a élévation de température. Les électrodes se stérilisent elles-mêmes au bout d'un temps très long. Ceci ne nuit pas à l'électro-mosmose.

Quant à la régénération osseuse, j'apporterai, dans la deuxième partie de ma communication, des radiographies où vous pourrez voir la régénération et la stratification osseuse au cours du traitement.

J'ai parlé du cancer pour rappeler les travaux de Bordier ; je n'ai jamais voulu dire que la pyorrhée était un état cancéreux. J'ai rappelé ce qu'ont avancé certains auteurs, ce qui m'a permis de dire que la pyorrhée était un état pré-cancéreux. La pyorrhée est une affection excessivement grave et l'on a constaté — ce n'est peut-être qu'une coïncidence — qu'il y a beaucoup plus de pyorrhéiques chez les cancéreux.

Je répondrai maintenant au Dr Roy, au sujet de la dépulpation d'abord. Le rôle de la dépulpation, d'après M. Roy, est quelquefois favorable, quelquefois il est inexistant. Il y a là une chose qui est assez juste ; les dents dépulpées sont résistantes si la dépulpation précède la pyorrhée, a dit le Dr Roy ; mais pas forcément ; je ne crois pas qu'on puisse affirmer qu'une dent qui a été dévitalisée est plus résistante qu'une autre.

M. le Dr Roy. — C'est pourtant comme cela dans tous les cas. Observez vos pyorrhéiques et vous le constaterez comme moi.

M. Barail. — Pour la contention prothétique, il est bien entendu que je n'ai pas parlé d'une contention qui avait en même temps un effet de prothèse pure. J'ai constaté, comme tout le monde, qu'un bridge posé sur des dents pyorrhéiques, et en particulier un bridge complet, est une prothèse de contention absolument remarquable. J'ai voulu parler surtout de la contention pure et simple qui consiste à prendre des dents, quand il ne manque pas de dents dans une bouche. La contention faite par pivots ou par bagues donne, dans certains cas, des résultats, ou alors, si l'on est obligé de prendre un point d'appui sur une dent placée au fond

de la bouche, de façon à modifier l'inclinaison des dents par les rapports des pivots ou de fixer les pivots à l'aide de glissières.

Quant au rétablissement du coefficient masticatoire, j'en ai parlé également et j'ai dit qu'il fallait le rétablir complètement dans le traitement de pyorrhée.

Par contre, je ne suis pas de l'avis du Dr Roy quand il préfère ne pas remplacer les dents plutôt que de mettre des appareils à plaque. D'autre part, j'estime que laisser des dents absolument lésées d'un diastème n'est pas tout à fait indiqué dans un traitement de pyorrhée.

Je suis de son avis en ce qui concerne la difficulté des appareils de contention, qui en limite considérablement l'emploi.

A M. G. Villain, j'ai déjà répondu.

M. Nahas a parlé des exercices de mastication ; je les ai signalés tout à l'heure et le Dr Pitsch en a parlé également.

M. Hulin. — Je voudrais me situer au point de vue de la dépulpation. Tout à l'heure on m'a fait le champion de cette dépulpation. J'ai écrit que la dépulpation pouvait être faite avec chance de succès dans les pyorrhées dites du troisième degré, c'est-à-dire quand la lésion en profondeur était presque égale à la totalité de la circonférence radiculaire. Dans ces cas, elle est utile, même presque toujours indispensable, puisqu'il est convenu que,dans ces cas, nous faisons de la prothèse de contention ; nous sommes bien obligés de faire une dépulpation sur des dents semblables. Or, cette dépulpation a ses avantages et ses inconvénients : il faut l'appliquer avec éclectismes selon les cas.

M. le Président. — Je remercie M. Barail de son intéressante communication, qui a donné lieu à une discussion non moins intéressante. Ce sujet est toujours inépuisable et donne occasion chaque fois à discussion. M. Barail nous promet pour la prochaine séance la suite de son travail et je le remercie d'avance de la promesse qu'il vient de nous faire de nous apporter des radiographies.

III. — Du traitement des abcès et fistules d'origine dentaire par le bactériophage de d'Hérelle, par M. R. Morin.

M. R. Morin donne lecture de sa communication.

Discussion

M. Piton (André). — Puisque M. Morin nous présente sa communication comme un travail un peu précipité, je désire appeler son attention sur les travaux du Dr Pierre Rosenthal [1] concernant la question très importante des antiphages.

1. Dr Pierre Rosenthal : Contribution à l'étude des antiphages (Comptes rendus de la Société de Biologie, séance du 13 avril 1929 A. C. p. 1019).

Pour résumer les faits, nous dirons que *préalablement* à toute infection de bactériophage, le sérum d'un malade peut conférer à sa propre bactérie une résistance telle que le corpuscule bactériophage ne peut plus pénétrer dans la bactérie pour en provoquer la lyse.

J'ai appris, d'autre part [1], que M. le Dr Raiga a pu lutter efficacement contre ces antiphages grâce à une application particulière de l'autohémothérapie.

Je demande également à M. Morin de vouloir bien orienter ses recherches ultérieures sur les milieux favorables à la bactériophagie.

M. le professeur d'Hérelle nous dit [2] qu'un milieu *légèrement* alcalin est favorable à la bactériophagie et qu'au contraire un milieu acide est, en règle générale, très peu propice à la bactériophagie. Puisque dans les suppurations d'origine dentaire, on rencontre, entre autres, l'entérocoque qui possède la particularité de donner là où il se développe une réaction acide, il conviendrait, dans certains cas, de faire comme le préconise M. le Dr Raiga, des instillations de sérum bicarbonaté.

M. Morin a constaté que les mèches stériles et imbibées de stock-bactériophage, mises en pansement dans les canaux, étaient rapidement infectées.

Or, la plupart des antiseptiques employés en thérapeutique dentaire, éther sulfurique, chloroforme, essence de thym de girofle, acide phénique, formol, s'opposent à la bactériophagie ; par contre, le soufre colloïdal (colloïde négatif)[3] semble favoriser la bactériophagie.

Je crois donc que pour nous, la technique, dans le traitement des suppurations par le bactériophage, est la question la plus intéressante à régler.

M. Hulin. — Lors des expériences que mon camarade Raiga a faites à la Salpêtrière, il a traité trois ou quatre cas et a pris toutes les précautions pour mener son expérience à bien. Il injectait dans la cavité phlegmoneuse, remplaçait le liquide évacué par une dilution de bactériophage, il a obtenu de bons résultats par ce procédé : la période aiguë cédait rapidement pour permettre une intervention plus facile ensuite.

A côté de cela, l'expérience aurait pu être menée d'une autre façon, je le lui ai dit, mais à ce moment-là nous n'avions pas plusieurs phlegmons à la fois ; il faudrait, pour bien faire, avoir deux malades : un sur lequel on opère au moyen du bactériophage, et un sur lequel on opère de la façon habituelle, c'est-à-dire avulsion de la dent à chaud, dès que le malade arrive.

Dans les cas de Raiga, j'ai été obligé de faire de l'exérèse de tissu quand même, mais l'intervention de Raiga qui avait pour but de calmer

1. *Rev. de stomatologie*, n° 8, 1929.
2. Le bactériophage et son comportement (Masson, édit., 1926, p. 40).
3. Expérience d'Otto et Munter confirmée par d'Hérelle.

l'infection grandissante, permettait d'opérer le malade dans de meilleures conditions.

On devrait faire des expériences comparatives avec notre méthode, telle que nous pratiquons actuellement. Il m'a semblé que les malades sont restés à l'hôpital le même temps que si nous les avions traités par l'avulsion rapide, de plus nous avons été obligés de faire quand même de l'exérèse de tissu nécrosé, les dents ayant été enlevées facilement.

M. Morin. — Pour répondre à M. Piton, dans le mode opératoire que j'emploie, je fais des piqûres à deux jours d'intervalle pour éviter la présence d'antiphages dans le sérum. Quant au milieu alcalin, il est un fait certain : puisqu'on recommande l'eau de Vichy pour l'absorption de bactériophages, il est possible que le nettoyage de la dent avec un milieu alcalin puisse permettre aux bactériophages de se développer davantage. Je n'ai pas essayé. Je me promets de le faire puisque vous m'en faites la juste remarque.

Pour répondre à M. Hulin au sujet du Dr Raiga, je n'ai jamais fait de ponction pour les fistules dentaires.

M. Hulin. — Vous pourriez essayer de faire passer le bactériophage par le trajet fistuleux.

M. Morin. — Jusqu'ici, je me suis contenté d'injecter le bactériophage dans le trajet fistuleux. Je n'ai pas fait de ponction parce qu'il y a, en général, peu de pus dans une fistule et il n'y a pas utilité à ponctionner. Je me promets de faire des contrôles bactériologiques et avoir de meilleures radios, car ici j'ai été pris un peu au dépourvu. Tout ceci demande du temps et de la difficulté pour tous les contrôles.

Je pense que cette méthode doit nous donner des résultats et, une fois mise au point, je crois que beaucoup de suppurations seront taries de ce fait.

M. le Président. — Vous venez d'entendre M. Morin. Je ne me suis pas trompé tout à l'heure quand je vous ai dit qu'il allait nous faire une communication très intéressante. J'espère qu'il voudra bien nous apporter le résultat de ses recherches et je l'en remercie d'avance.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire général,
Dr LEBLAN.



Séance du 3 décembre 1929.

(*Résumé.*)

La séance est ouverte à 9 heures 10 du soir.

1° *Le problème de la stérilisation des pièces à main, angles droits, etc..*
M. Hulin expose les difficultés de la stérilisation des pièces à main.

La chaleur sèche, la chaleur humide, les antiseptiques détériorent les pièces mécaniques, suppriment le graissage et attaquent le métal.

Il propose l'immersion dans le toluène et l'essorage consécutif par un petit appareil centrifuge de son invention, procédé très pratique permettant la stérilisation rapide et parfaite.

2° *Prophylaxie étiologique de la carie dentaire des irrégularités de l'articulation temporo-maxillaire. M. le Dr Pierre Robin* présente une courte étude de la carie dentaire depuis l'embryon jusqu'à l'âge adulte.

Il constate que plus l'être est civilisé, plus la carie est fréquente. Les organes les derniers adaptés sont les plus labiles. La prophylaxie la meilleure doit être obtenue par une hygiène quotidienne très sévère.

Il distribue des petits tracts à l'usage du public pour l'entretien de la cavité buccale.

3° *Présentation d'un porte-équarrissoir. M. Fraenkel* présente un porte-tire-nerfs très ingénieux, grâce auquel le tire-nerfs ne peut plus échapper des doigts du praticien et choir dans les voies respiratoires ou digestives.

La séance est levée à 11 heures 14.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 22 octobre 1929.

La séance est ouverte à 21 h. 45 sous la présidence de *M. Sapet*, président.

M. le Président donne la parole à *M. Shatzmann*, délégué de la Société Odontologique de France au Congrès d'actinologie de Paris.

M. Shatzmann fait un rapide compte rendu de ce congrès dont le détail paraîtra dans la *Revue Odontologique*.

M. Shatzmann présente ensuite un nouveau clamp pour remplacer la digue utilisée avantageusement pour les cavités proximales.

Cet instrument se compose du clamp proprement dit, et de deux tiges flexibles présentant un ancrage à chacune de leur extrémité.

Après la mise en place d'une élastique assez large accrochée à chacune des deux extrémités, ces tiges refoulent très sensiblement la gencive et permettent l'obtention d'un champ opératoire dans les meilleures conditions.

Cas de fistule salivaire du canal de Stenon d'origine dentaire. — Guérison spontanée après avulsion de la dent causale (*M. Chapelle*).

M. Chapelle présente un cas extrêmement curieux de fistule salivaire d'origine dentaire, observé à l'hôpital militaire de Rouen.

Le malade, garde républicain, âgé de 40 ans, se présentait le 10 juillet à la consultation de ce même hôpital, porteur au niveau de sa joue droite d'une érosion, donnant l'aspect d'un pertuis fistuleux et laissant sourdre un liquide purulent. Mais quelques jours après, le pus céda franchement la place à un liquide visqueux, blanchâtre dont l'abondance et l'afflux obligea le malade à se rendre d'urgence au service dentaire de cet établissement.

Le diagnostic de fistule salivaire fut immédiatement posé.

M. Chapelle put relever les signes caractéristiques suivants :

A l'examen interne ou buccal, maxillaire droit : existence d'une seule grosse molaire atteinte d'arthrite suppurée. Palpation juguale, impression très nette d'un cordon fistuleux, induré, allant de la région externe jusqu'à la hauteur des racines de D6 et passant par le sillon gingivo-vestibulaire (Région du canal de Stenon).

Etiologie. Arthrite suppurée. Infiltration et passage du pus à travers la muqueuse et le canal de Stenon.

Fait rare et favorisé par un concours de circonstances particulièrement exceptionnelles, le pus après avoir percé le canal ne l'a pas suivi durant tout son trajet. Il n'a fait que le traverser pour former un orifice ou pertuis jugual externe.

L'avulsion de D6 suivi d'un curettage profond amena une guérison très rapide. Le trajet fistuleux tari, le pertuis se ferma rapidement et le canal de Stenon put reprendre sa fonction normale.

Des radiographies et photographies ante et post-opératoires purent confirmer la rareté de ce cas, pourrait-on dire, unique.

Prennent part à la discussion : *MM. les Drs Dufourmentel, Frison, Sapet, Fourquet* et *Lebrun.*

Ostéomes des maxillaires (Dr Dufourmentel).

Le *Dr Dufourmentel* présente deux cas bien distincts d'ostéomes des maxillaires qui schématisent parfaitement bien les deux variétés classiques de ces tumeurs.

1° Tumeurs à l'étiologie obscure (syphilis) ;

2° Tumeurs à l'étiologie nettement inflammatoire.

La première variété s'observe surtout chez les jeunes (indolores et nullement gênantes).

La deuxième variété se rencontre plus fréquemment chez les personnes âgées (douloureuses, occasionnées par des racines incluses ou non, ou des dents infectées).

La résection et le curettage très poussés amènent la guérison.

Prennent part à la discussion : *Dr Frison, M. Sapet, Lebrun* et *Sudaka R.*

M. Max Filderman, bibliothécaire de l'Ecole Odontotechnique, fait un appel pressant en faveur de la bibliothèque de l'Ecole. Notre confrère fait circuler une liste sur laquelle les donateurs sont priés de s'inscrire.

Le problème du dentier complet. La cinématique mandibulaire (M. Chapey)

M. Chapey dans un esprit de méthode, tient avant d'aborder ce vaste sujet, à passer en revue les théories de Bonwill, Bennett, etc... Il insiste tout particulièrement sur la nécessité indispensable de trouver le centre d'occlusion avant le montage des appareils.

Vu l'heure avancée, *M. Chapey* ajourne la deuxième partie de sa communication à une séance ultérieure.

La séance est levée à 23 h. 10.

Le Secrétaire adjoint : René SUDAKA.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS D'ALGER

Association française pour l'avancement des sciences.

Section d'odontologie

Rappelons que le prochain Congrès de l'A. F. A. S., se tiendra à Alger du 14 au 19 avril 1930 et que la Section d'odontologie sera présidée par M. Joachim.

Il aura lieu soit à l'Université, soit au lycée de jeunes filles.

En raison de l'affluence des congressistes qu'on s'attend à voir nombreux, il est prudent pour assurer leur logement et pour permettre l'organisation des excursions, d'adresser dès à présent les adhésions, fermes ou de principe, au Secrétariat du Comité exécutif de la Section, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Logement et transports.

Une question exceptionnellement difficile à résoudre est celle du logement. Nous pensons que l'organisation adoptée par le Comité du Centenaire donnera satisfaction à tous, et c'est pourquoi nous invitons nos adhérents à se conformer aux indications suivantes :

Un Comité exécutif des transports et du logement a été créé par le Commissariat général du Centenaire pour organiser le transport et le logement des personnes se rendant en Algérie en 1930 et, en particulier, de celles qui participent à des Congrès.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité exécutif du Centenaire, 30, boulevard des Capucines, Paris (Envoyer timbre pour réponse).

Ce Comité se charge d'assurer le transport par mer, le logement et le petit déjeuner pendant le Congrès, aux prix suivants :

Première classe, 1.745 fr. ; deuxième classe, 1 360 fr. ; troisième classe 800 fr.

Les repas de midi et du soir ne sont pas compris dans ce prix forfaitaire.

Les restaurants sont en assez grand nombre à Alger, nous en publierons ultérieurement la liste et les prix.

La difficulté réside surtout dans le logement, et c'est pourquoi nous mettons en garde nos adhérents qui croiraient pouvoir se loger facilement par leurs propres moyens.

L'A. F. A. S. déclinera toute responsabilité vis-à-vis des Congressistes

qui voudraient se passer des services du Comité exécutif des transports et logement.

Il ne sera pas donné de liste d'hôtels.

Logement dans les locaux universitaires. — Nous espérons que cent lits au lycée de garçons et cinquante lits au lycée de jeunes filles pourront être mis à notre disposition. Les congressistes désireux de profiter de cet avantage sont priés de le faire connaître au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris, VIe.

Nous ne pouvons indiquer aujourd'hui le prix de ce logement ; à titre exceptionnel, les prix forfaitaires suivants sont consentis pour cette catégorie de congressistes, assurant les mêmes facilités, sauf le logement : première classe, 970 fr., deuxième classe, 730 fr. ; troisième classe, 410 fr.

Excursions.

Plusieurs excursions sont envisagées. Nous en publierons ultérieurement le détail et les conditions. En raison de l'affluence considérable des touristes en Afrique du Nord, leur organisation est assez compliquée. Nous projetons au moins quatre grandes excursions :

1° *La Kabylie*, en deux jours et demi, par Tizi-Ouzou, Bougie, Akbou-Bouira, Alger. Prix approximatif : 550 francs.

2° *La Grande Kabylie* en trois jours, par Tizi-Ouzou, Bougie, cap Ackas, les gorges du Chabet, Sétif, Bouira, Alger. Prix approximatif : 1.020 francs.

3° *Bou Saada et Laghouat* en quatre jours. Prix approximatif : 1.510 fr. Cette excursion pourrait s'arrêter à Bou Saada pour les personnes ne désirant pas aller à Laghouat. Le prix en serait évidemment bien moindre.

4° *Excursion au Maroc* (nombre limité) en 6 jours, ou plus, pour les personnes pouvant prolonger leur séjour en Afrique (actuellement à l'étude).

Ces renseignements sont fournis à titre d'indication seulement. Nous donnerons ultérieurement les itinéraires définitifs et les prix. Si nous ne le faisons pas aujourd'hui, c'est que nous étudions actuellement divers projets qui nous ont été soumis, mais qui ne paraissent pas encore réaliser les meilleures conditions d'agrément et d'économie. Nous pensons que les excursions que nous arrêterons bientôt seront susceptibles de donner satisfaction.

Ci-contre une formule à détacher et à retourner au Directeur du Comité exécutif du Centenaire de l'Algérie, 30, boulevard des Capucines, Paris, deux mois au plus tard avant la date du Congrès.

Cette formule dite d'inscription devra être accompagnée du quart du prix du billet forfaitaire à titre d'arrhes. Le solde du prix devra être parvenu au Comité exécutif deux mois avant la date du Congrès.

A cette dernière époque le Congressiste recevra :

1° Une carte matriculée à son nom, établissant sa qualité de participant au Congrès et le faisant bénéficier des réductions qu'il aura le droit de réclamer sur les prix des transports ferroviaires sur le continent (le prix du trajet en chemin de fer n'est pas compris dans le prix forfaitaire) ;

2° Un bon de transport en automobile, avec bagages à main de la gare de Marseille ou Port-Vendres à l'un ou l'autre des quais d'embarquement ;

3° Un billet de passage Marseille ou Port-Vendres à n'importe quel port algérien ou à Tunis ou Bizerte ;

4° Un bon de transport avec bagages à main du quai de débarquement à son logement ;

5° Un bon de logement pour la durée du Congrès comprenant la chambre et un nombre de petits déjeuners correspondant à son séjour officiel, pourboires et taxes compris ;

6° Un bon de transport de son logement au quai de réembarquement avec bagages à main ;

7° Un billet de passage pour le retour à Marseille ou Port-Vendres ;

8° Un bon de transport avec bagages à main du quai de débarquement d'un des deux ports ci-dessus à la gare.

Les congressistes seront tenus de voyager en mer par groupe à l'aller pour avoir droit aux réductions consenties; le retour individuel sera facultatif à la condition d'indiquer le port et la date de réembarquement choisis.

Les congressistes désireux de prolonger leur séjour en Algérie, Tunisie ou Maroc, en dehors des excursions organisées par l'A. F. A. S., devront le signaler au Comité exécutif et recevront de ce chef, un devis comprenant tous les services supplémentaires.

QUESTIONNAIRE

A détacher et à retourner avec les fonds nécessaires au Comité exécutif, 30, boulevard des Capucines, Paris, après l'avoir complété par les indications de la combinaison choisie.

Indiquer si le Congressiste est un Monsieur ou une Dame.

Indiquer s'il voyage avec sa femme [1].

Indiquer s'il voyage avec enfants et de quel sexe.

Indiquer la catégorie choisie d'après le barême ci-dessous et rayer les autres.

Première catégorie. — Prix du forfait global, par personne		1.745 fr.
Deuxième catégorie	—	1.360 fr.
Troisième catégorie	—	800 fr.

Les personnes désirant avoir une chambre à un grand lit ou à deux lits devront le signaler ci-dessous ; ces chambres, étant en nombre restreint, seront attribuées dans l'ordre des inscriptions.

Chambre à un grand lit. — Chambre à deux lits.

Les personnes qui seront logées dans les locaux scolaires auront à régler directement le prix du logement dans ces établissements.

Pour cette catégorie de Congressistes, le prix du forfait global comportant les mêmes avantages moins le logement, sera ramené à :

1re catégorie : 970 fr. ; 2e catégorie : 730 fr. ; 3e catégorie : 410 fr.

DEMANDE D'INSCRIPTION

Je déclare adhérer aux conditions de prix du forfait choisi par moi.

Ci-inclus la somme de représentant le quart dudit prix forfaitaire à titre d'arrhes ; je m'engage à en verser le solde au plus tard deux mois avant la date du Congrès.

Toutes les pièces, billets, coupons ou bons devront m'être adressés sous pli recommandé, en temps utile, avant mon départ.

Faire suivre la signature en caractères très lisibles du :

Nom *Prénoms*

Rue , *n°* *à,* *Département*

Prière également de joindre une carte de visite.

1. Pour toute chambre à grand lit occupée par un congressiste et sa femme il sera fait en faveur de cette dernière une réduction de 55 fr. par jour en 1re catégorie, 35 fr. par jour en 2e catégorie. Les chambres à deux lits ne comporte aucune réduction.

LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

Le Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France et l'Association générale syndicale des Dentistes de France, nous prient d'informer nos lecteurs que la « Semaine Odontologique » prochaine se déroulera au Grand Palais, à Paris, du 6 au 13 avril 1930.

Cette grande manifestation de l'activité professionnelle est trop connue du monde dentaire pour qu'il soit utile d'en faire ressortir l'importance. On peut dire qu'elle apporte chaque année la plus grande contribution au progrès de cette spécialité en France.

Assister à la « Semaine Odontologique », c'est, dans un minimum de temps, s'assimiler tout ce qui, rassemblé depuis un an, constitue le progrès acquis, tant dans le domaine pratique que théorique.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant au fur et à mesure que nous parviendront les détails de son organisation.

D'ores et déjà, les Confrères désirant présenter une communication au cours de la « Semaine » sont priés d'en aviser M. Haloua, 4, rue de Stockholm, Paris (VIIIe), qui est chargé d'établir le programme.

Comme les années précédentes une réduction de 50 0/0 sur tous les réseaux de chemins de fer sera accordée aux congressistes.

49e ANNÉE, N° 12 30 DÉCEMBRE 1929. VOL. LXVII

BULLETIN
de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

L'aide à son semblable est une des plus belles manifestations de solidarité et de prévoyance sociales : c'est une vertu civique.

Partant de ce principe, la Commission de Prévoyance de l'A. G. S. D. F., toujours soucieuse de venir en aide aux adhérents de son Groupement, sous la vivante impulsion de son président d'alors, le regretté V. E. Miégeville, créait en janvier 1924, l'*Aide immédiate en cas de décès*. Puis l'assemblée générale du 21 février 1926 décidait d'étendre le bénéfice de l'adhésion à l' « aide immédiate » à tous les membres des sociétés faisant partie de la Fédération dentaire nationale ou du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France.

Déjà sous différentes formes, l'aide en cas de décès avait été pratiquée par de nombreuses sociétés professionnelles ; mais, par suite de multiples difficultés, n'avait pas donné les résultats attendus. Aujourd'hui, grâce à la puissante garantie de l'A. G. S. D. F., « l'Aide Immédiate », en plein essor a fait ses preuves : puisque, depuis quatre ans qu'elle est fondée, le secours a été versé à quatre bénéficiaires et que le nombre des adhérents dépasse 231.

L'Aide Immédiate a, en effet, remis lors du décès G... : 1.550 francs ; lors du décès M... : 2.140 fr. ; lors du décès L... : 4.400 fr. et lors du décès V. M... : 4.620 fr., soit au total : 12.510 fr., montant des cotisations encaissées.

Cette somme, minime pour quelques-uns, est souvent un puissant secours immédiat dans le moment critique que chacun de nous peut être appelé à traverser et il ne dépend que des confrères prévoyants de la voir augmenter en amenant de nouveaux adhérents à cette œuvre de mutualité. Plus nous y serons nombreux, plus le secours sera élevé sans toutefois pouvoir dépasser dix mille francs. Au delà de ce chiffre, diverses solutions devront être envisagées, soit en ramenant la cotisation à son quantum initial de dix francs, soit en formant un deuxième groupe de l'*Aide Immédiate*. Mais il importe avant tout d'atteindre le nombre de

500 adhérents afin de soulager efficacement dans le temps présent, les membres de notre grande famille professionnelle qui traversent de pénibles épreuves.

Quelques-uns ont voulu assimiler notre œuvre ou même la comparer à une société d'assurances mutuelles : tel n'est point le but envisagé par l'Aide immédiate. En effet, le secours est versé aussitôt le décès, immédiatement sur présentation de l'acte mortuaire ; aucune visite médicale n'est exigée (sauf pour certains cas particuliers), le montant intégral des cotisations perçues est remis au bénéficiaire du secours *sans retenue de frais de gestion* et les femmes légitimes des participants, *sans être professionnelles*, peuvent adhérer à l'Aide immédiate. Soumises aux mêmes obligations, elles jouissent des mêmes droits que leur conjoint, *sans aucun supplément de prime.*

Il résulte bien de cet ensemble d'avantages qu'il ne faut pas considérer l'indemnité versée à la Commission de prévoyance lors d'un décès comme une prime d'assurance, mais qu'il faut au contraire l'envisager comme une cotisation à une œuvre de solidarité professionnelle, à une œuvre altruiste, qui constitue un acte de prévoyance en faveur de ceux auxquels nous nous intéressons le plus. C'est, en quelque sorte, une précaution contre l'imprévu, contre les mauvais coups du destin, enfin, c'est une volonté d'aide mutuelle, qui, dans la pensée commune de tous les participants, doit essentiellement profiter à tous ses membres aussi bien qu'à ceux qui nous sont chers et pour lesquels nous donnons le meilleur de nous-mêmes.

W. BRODHURST.

CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS

LOGEMENTS POUR LES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS.

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et l'A. G. S. D. F. font partie de la C. T. I., aux travaux de laquelle elles prennent part activement.

Nous sommes heureux de porter à la connaissance des membres de ces deux Sociétés la note ci-dessous qui montre une fois de plus la bienfaisante action des groupements dans l'intérêt commun.

La C. T. I. porte à la connaissance des membres des groupements adhérents que des appartements, dits « à loyer moyen », seront mis, dans une proportion presque illimitée, à la disposition des travailleurs intellectuels dans des maisons qui seront construites, à Paris, en application de la Loi Loucheur.

1° Trois pièces avec cuisine, antichambre et chauffage installé moyennant le prix approximatif de 4.500 fr. par an (plus les charges ordinaires).

2° Cinq pièces avec cuisine, antichambre et salle de bains, chauffage installé, environ 7.500 fr.

Autant que possible on réunirait dans une même bâtisse des gens qui, tout en exerçant des professions différentes, auraient besoin d'avoir des facilités identiques répondant à des obligations professionnelles.

Le Secrétariat de la C. T. I. recueille dès maintenant les inscriptions des amateurs de tels logements.

L'inscription n'implique aucun engagement d'aucune sorte, mais elle permettra à la C. T. I. d'étudier avec le ministre du Travail et la Ville de Paris, les possibilités de réalisation.

Les indications qu'ils obtiendront seront portées à la connaissance des T. I. qui se seront inscrits.

Prière de s'inscrire dans un délai aussi bref que possible et d'insérer la présente note dans les organes corporatifs.

Paris, le 15 novembre 1929.

Le Secrétaire-adjoint : Louis SARRAN.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE
SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA RÉGION PARISIENNE.

(SEINE, SEINE-ET-MARNE, SEINE-ET-OISE).

L'Association générale syndicale des dentistes de France, le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et le Syndicat des chirurgiens-dentistes de la région parisienne ont tenu une assemblée générale extraordinaire, le dimanche 8 décembre 1929, à 9 heures du matin, mairie du 9e arrondissement, 6, rue Drouot, Paris, sous la présidence de MM. de Croës et Henri Villain. Plus de 400 membres étaient présents.

M. H. Villain a précisé le rôle et le but du groupement à créer, tels qu'ils avaient été définis par les deux circulaires envoyées aux praticiens dentistes de la région parisienne : s'organiser en vue de l'application prochaine de la loi sur les assurances sociales.

Quatre propositions ont été faites successivement à l'assemblée, qui les a acceptées *à l'unanimité, sans opposants* et *sans abstentionnistes.*

1° Approbation de la création du Syndicat des chirurgiens-dentistes de la région parisienne (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne) ;

2° Limitation de son action aux assurances sociales ;

3° Cotisation de 1 franc par membre, avec 50 fr. de droit d'entrée pour les praticiens n'appartenant à aucune des deux Sociétés fondatrices (Association et Syndicat des chirurgiens-dentistes de France) ;

4° Assemblée générale constitutive en janvier avec nomination d'un Conseil d'administration.

Les candidatures à ce Conseil devront être posées avant le 1er janvier 1930.

Un exposé magistral de la situation de la profession dentaire par rapport à la loi nouvelle de ce qui a été fait par nos Sociétés et de ce qui reste à faire, a été présenté par M. Charlet, rapporteur, au nom des trois syndicats.

MM. G. et H. Villain ont complété cet exposé et une discussion générale a eu lieu, qui a été clôturée par le vote des vœux suivants, *à l'unanimité, sans opposants et sans abstentionnistes.*

Des syndicats locaux étant déjà formés ou en voix de formation, il a été décidé de fonder une *Fédération des Syndicats dentaires de la région parisienne,* à laquelle ils seraient affiliés, avec le Syndicat nouvellement constitué.

Vœux émis.

Les membres de l'*Association générale syndicale des dentistes de France, du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, du Syndicat des chirurgiens-dentistes de la région parisienne,* réunis en Assemblée générale extraordinaire, le dimanche 8 décembre 1929, dans la Salle des Fêtes de la Mairie du IXe arrondissement, 6, rue Drouot, à Paris, dans le but d'étudier et de définir leur attitude commune à l'égard de la mise en application de la loi du 5 avril 1928 sur les *Assurances sociales* ;

Considérant, d'une part, que la rédaction actuelle du § 2, alinéa *e*) de l'article 34 du Règlement d'administration publique concernant l'application de la loi, contrairement au texte initial soumis par M. le ministre du Travail à l'examen préalable des groupements professionnels de praticiens, comporte la nécessité d'une Ordonnance médicale conditionnant la prestation d'appareils de prothèse dentaire aux assurés, que la nécessité de cette ordonnance est gravement préjudiciable à l'exercice même de la profession des chirurgiens-dentistes autorisés à donner leurs soins aux assurés, en même temps qu'offensante pour leur dignité, puisqu'elle restreint ainsi leur libre arbitre en ce qui concerne l'opportunité de la délivrance d'appareils de prothèse fonctionnels ou nécessaires à l'exercice de la profession des assurés ;

Considérant, d'autre part, que, malgré l'esprit de la loi qui emploie le terme général de *praticiens* lorsqu'il s'agit de médecins, de chirurgiens-dentistes, pharmaciens ou sages-femmes, une énumération de caractère

limitatif est employée dans la rédaction de l'article 38, § 2 du Règlement d'administration publique concernant la composition de la « Commission spéciale » qui doit donner son avis au Conseil d'administration de l'Office national des assurances sociales pour l'établissement d'un « Tarif général unique fixant les tarifs maxima applicables aux médicaments magistraux, officinaux, aux spécialités et aux appareils », qu'il serait profondément injuste, autant qu'illogique, de ne pas comprendre, au sein de cette Commission, un représentant des Syndicats professionnels de chirurgiens-dentistes ;

Emettent à l'unanimité, les vœux suivants :

PREMIER VŒU.

Que soit modifié le paragraphe 2 de l'article 34 du Règlement d'administration publique concernant l'application de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales notamment en ce qui concerne la prestation des appareils de prothèse dentaire pour laquelle une ordonnance médicale ne saurait être au préalable exigée sans s'opposer au libre arbitre des chirurgiens-dentistes autorisés à donner leurs soins aux assurés.

DEUXIÈME VŒU.

Que, dans la commission spéciale adjointe à l'Office national des assurances sociales et chargée notamment de donner son avis au dit office pour l'établissement du règlement général unique fixant les tarifs maxima applicables aux médicaments magistraux, officinaux, aux spécialités et aux appareils, figure, dans le cinquième des membres, attribue aux médecins et pharmaciens, un représentant des chirurgiens-dentistes.

Pour terminer cette très importante et réconfortante séance d'union, le Dr Friteau parla de la question de la patente, étudiée et suivie de près par nos Syndicats au sein de la Confédération des travailleurs intellectuels. Les pouvoirs publics ont donné le ferme espoir que, dans la prochaine loi de finances, la patente ne porterait plus sur la totalité de nos loyers, mais plus justement sur nos locaux affectés à l'usage de notre profession.

Les Présidents

de l'Association générale syndicale des dentistes de France :
Henri VILLAIN.

du Syndicat des Chirurgiens-dentiste de France :
de CROES.

du Syndicat des chirurgiens-dentistes de la région parisienne :
Henri VILLAIN,
Président provisoire.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UNE ÈRE NOUVELLE

L'observateur le moins perspicace, le psychologue le moins avisé, ont dû constater qu'un revirement que nous qualifierons d'heureux, s'est produit parmi les praticiens de notre profession. Il se rapporte au différend qui divise les stomatologistes et les odontologistes.

Dans le *Médecin stomatologiste* d'août 1929, le Dr Courtis a fait une longue et élogieuse analyse de l'importante étude de notre confrère et ami, H. Villain, sur la crise de l'apprentissage. Le Dr Courtis reconnaît toute la valeur de cette question et rend hommage à l'auteur pour son judicieux et utile travail. Il a même donné quelques suggestions logiques.

C'est une marque d'impartialité, à laquelle on ne nous avait pas habitués. Nous l'enregistrons avec plaisir.

Le Congrès de stomatologie a tenu les assises à la Faculté de Médecine du 21 au 26 octobre. Or, que lisons-nous sur le programme des conférences ? Tout simplement le nom de deux confrères L. et S..., chirurgiens-dentistes notoires inscrits pour des communications.

Il est vrai qu'on a eu le soin ou l'espièglerie de faire précéder leur nom du titre de « Dr ». Mais c'est là un petit péché mignon, commis probablement pour calmer la férocité des intransigeants qui dévorent chaque matin un chirurgien-dentiste.

Nous notons avec plaisir des marques de courtoisie, prélude de rapprochements possibles, de cette union encore à la phase de début. Nous l'avons toujours réclamée en faisant remarquer que, dans nos congrès et réunions scientifiques, nous n'avons jamais éliminé aucun membre de la profession, médecin, stomatologiste ou chirurgien-dentiste. Notre tribune a toujours été et reste largement ouverte à tous ceux qui voudront bien apporter à la collectivité leurs idées, leurs suggestions ou le fruit de leurs travaux.

Nous avons quelque peine à oublier l'incident de l'année dernière où la tribune avait été interdite à un confrère étranger, mais très ami, malgré l'invitation préalable qui lui avait été adressée, sous prétexte qu'il n'était que chirurgien-dentiste. Mais nous applaudissons de grand cœur à l'invitation de cette année que nous espérons voir se renouveler et se développer. Elle est élégante, juste et en harmonie avec l'esprit scientifique pour qui ne saurait brimer toute une catégorie de travailleurs sans tomber dans les tristes procédés du moyen âge.

Que des bienfaits pour tous résulteraient de cette union ; c'est ainsi

que le Président du Syndicat des Médecins stomatologistes, celui du Syndicat des Chirurgiens-dentistes et celui de l'Association générale syndicale des dentistes de France, viennent, au nom de leurs groupements respectifs, de s'entendre pour combiner leurs efforts afin de lutter contre certains événements qui viennent de se produire et dont nous parlerons quand le moment sera venu.

A l'Office départemental de placement du département de la Seine une entente est intervenue entre les stomatologistes et nous pour le placement du personnel des laboratoires et cabinets dentaires. Mais, seule, l'union de la profession arrivera à un résultat.

F. HALOUA.

SYNDICAT DES DENTISTES DE L'OISE

Le Syndicat des dentistes de l'Oise a été constitué le 1er décembre 1929 au cours d'une réunion tenue à l'Hôtel de Ville de Creil, à laquelle avaient été convoqués tous les praticiens de l'art dentaire exerçant dans le département de l'Oise.

Les statuts, après discussion immédiate, ont été adoptés à l'unanimité séance tenante.

Le bureau élu pour l'année 1930 est ainsi composé :

Président : M. L. BASSOT, de Noyon.

Vice-président : M. P. BOUDOT, de Beauvais.

Secrétaire : Dr A. AUDY, de Senlis.

Trésorier : M. André AUDY, de Compiègne.

La prochaine assemblée générale a été fixée au 12 janvier, à Creil, pour discuter de la conduite à tenir en vue de l'application de la loi sur les Assurances sociales.

Le Secrétaire :
Dr A. AUDY.

NOUVELLES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris — L'assemblée générale de la Société s'est tenue le 10 décembre avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier il a été remis une médaille d'or à M. le Dr Solas, des médailles d'argent à MM. Morineau et Ruppe, et des médailles de bronze à MM. Hémardinquer et Menant, membres du corps enseignant de l'Ecole.

Une médaille d'or a été remise à M. Crocé-Spinelli, trésorier, pour reconnaître sa bonne gestion des finances de la Société, qui a permis l'achat de l'immeuble dans lequel elle a son siège.

M. H. Villain a exposé les conditions dans lesquelles vont fonctionner des cours de prothèse dentaire pour les apprentis et les mécaniciens.

Il a été procédé aux élections. Ont été réélus membres du Conseil d'administration pour deux ans : MM. Cadic, Eudlitz, Fié, Frinault, Pillière, Solas, L. Viau, G. Villain, Wallis-Davy, membres sortants. Le Dr Bonnet-Roy a été élu en remplacement de M. V. E. Miégeville, décédé.

Ecole dentaire de Paris. — Par décision du 9 juillet 1929 du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire de Paris, M. le Dr Bouland a été nommé chargé de cours à cette école. Conjointement avec M. Briand, suppléant de M. Justin Godart, professeur titulaire du cours de droit médical, il fera une série de leçons complémentaires, portant sur l'histoire de l'art dentaire, le fonctionnement et l'organisation matérielle et financière du cabinet du chirurgien-dentiste.

École dentaire de Lyon. — Le 11 novembre, sur l'initiative de l'Amicale des dentistes militaires, des Associations de chirurgiens-dentistes étaient rassemblés à l'Ecole dentaire de Lyon autour de la plaque apposée à la mémoire des aînés tombés au champ d'honneur.

Le Dr Pont, directeur, remercie les personnalités qui avaient bien voulu s'associer à l'hommage que le corps des chirurgiens-dentistes et les étudiants rendent aujourd'hui aux leurs tombés à la guerre.

M. Gendre, président de l'Amicale des dentistes militaires, évoque la mémoire des disparus.

M. Teyssère, au nom des étudiants, s'incline devant le souvenir des aînés.

Le voile qui couvrait la palme de bronze est abaissé, et M. Ducros fait l'appel des morts au champ d'honneur, au nombre de vingt-quatre.

Après la minute de recueillement rituelle, le Dr Vichot, président du conseil d'administration, félicite les étudiants du geste fraternel qu'ils viennent d'accomplir et remercie le maire de Lyon de la sollicitude généreuse qu'il a toujours témoignée à l'école et à la profession. Il ne doute point que grâce à lui, les soins dentaires ne soient étendus à tous les enfants des écoles.

M. le médecin général inspecteur Marotte rappelle la collaboration précieuse que les chirurgiens-dentistes ont apportée aux médecins dans les postes les plus périlleux des armées.

Enfin M. Herriot dit entre autres choses :

« Grâce à vous, bientôt nous pourrons doter nos écoles d'un service dentaire veillant strictement à l'hygiène buccale des enfants. Vous aviez de nombreux titres déjà pour prendre place à côté des médecins ; le sacrifice de vos héros vous en confère un de plus. »

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1929.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

SOCIÉTÉ DE L'E. D. P.

F. D. I.

F. D. N.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SEMAINE ODONTOLOGIQUE

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DENTAIRE

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS[1]

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions à la Société d'Odontologie de Paris.